

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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



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

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2024.01.04, 17:11:52, 2024.02.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55728

Table with columns: ENTIDAD RESPONSABLE, TIPO CONTRATO, VIA DE INGRESO, DIRECCION, TELEFONO, ORDEN SS, CONTRATO/PLAN, REGIMEN, AUTORIZACION, FEC-HOR INGRESO, FEC-HORA EGRESO

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1028661490 SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA EDAD: 18 Años
DIRECCION: CARRERA 31 N 10AW-64 NEIVA TELEFONO: 3223779020

OBSERVACIONES:

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

Main table listing medical materials and services with columns for description, date, code, and prices.

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

SON: TRESCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.01.04 05:14:56 PM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR: GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 1
Modalidad ELECTRONICA

Cufe: 30f22cd9d84d6a6b553edfda1467be5208b340817e7fe

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia



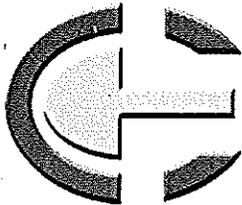
Recibido!

CODIGO DEL COMERCIO
300.110.181-9

una vigencia de 2 meses

0000 AUTORIZA
20236532

33eb36b467009
UJUILLO NIT. 03.355.451-0



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, 2024.01.04	17:11:52	2024.02.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55728

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028416	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 172071
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.12.24 - 19:43 2023.12.24 - 23:12

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1028661490 SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

EDAD : 18 Años

DIRECCION: CARRERA 31 N 10AW-64

NEIVA

TELEFONO: 3223779020

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								1	0	0
--------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

MEDICAMENTOS

19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	500
61330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								10	580	5,800

IMAGENES DX

21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.12.24	873206	OAR					1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.12.24	873121	OAR					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.12.24	873121	OAR					1	81,400	81,400

OTROS

39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.12.24	890701	JAB					1	73,400	73,400
-------	-----------------------	------------	--------	-----	--	--	--	--	---	--------	--------

VALOR BRUTO:	305,300	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	305,300
--------------	---------	-------------------	---	------------------	---------

SON: TRESCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.01.04 05:14:56 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 30f22cd9d84d6a6b553edfda1467be5208b3408f7e7fed73d57d7543fe66df40e19e44070366e87ef5233eb36b4670a9

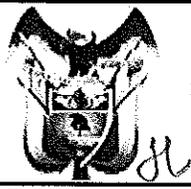
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY MKA COLOMBIA S. A. S NIT. 000.300.426.6

15

FACTURA:	55728
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ -
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 305,300
 1650 A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





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

EKT

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado
 Fecha Radicaci#n: [D][D][M][M][A][A][A][A] RG []
 No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG) [] Nro. Factura / Cuenta de Cobro **FEC1- 55728**

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

SILVA 1er. Apellido o Razon Social **VILLARRAGA** 2do. Apellido
TANIA 1er. Nombre **VALENTINA** 2do. Nombre
 Tipo de Documento: [CC] [X] [CE] [PA] [TI] [RC] [AS] [MS] [PT] No. Documento: **1028661490**
 De: **41001** Fecha de Nacimiento: **2005/11/26** Sexo: [F] [X] [M]
 Direcci#n: **CARRERA 31 N 10AW-64**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3223779020**
 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:
 Naturales: Accidente de Transito [X] Sismo [] Maremoto [] Erup. Volcanicas [] Hurac#n []
 Inundaciones [] Avalancha [] Desliz. de Tierra [] Incendio Natural []
 Terroristas: Explosi#n [] Masacre [] Mina Antipersonal [] Combate []
 Incendio [] Otros [] Cual? [] Ataques a Municipios [] Desplazados []
 Direcci#n de la Ocurrencia: **CARRERA 2 CON CALLE 26**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/12/24** Hora: **18:38**
 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 TNQ41F, SON COLISIONADAS POR AUTOMOVIL QUE HUYE DEL LUGAR Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [] Vehi. Fantasma. [] P#liza falsa [] Vehiculo en Fuga []
 Marca: **AKT** Placa: **TNQ41F**
 Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [] Oficial [] Vehiculo de Emergencia []
 Vehiculo de Servicio diplom#tico o consultar [] Vehi. de transporte masivo [] Vehi. Escolar []
 Codigo Aseguradora: **AT1501** intervenci#n de la Auto. Si [] No [X]
 Poliza SOAT No **8118112300** Cobro excedente P#liza Si [] No [X]
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2023/09/14** Hasta: **2024/09/13**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GARCES 1er. Apellido o Razon Social **CORTES** 2do. Apellido
OMAR 1er. Nombre **ANDRES** 2do. Nombre
 Documento de identidad: [CC] [X] [CE] [PA] [NIT] [TI] [RC] No. Documento **1075218023**
 Direccion: **CARRERA 31 N 10AW 64**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Telefono: **3223779020** Total Folios: **0**

17



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

CABALLEROS 1er.Apellido SILVA 2do.Apellido

SANDRA 1er.Nombre MILENA 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA TI RC AS

No. Documento 1075285836

Direcci3n: CARRERA 31 N 10AW 64

Departamento: HUILA

Cod. 41

Tel3fono: 3223779020

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi3n Orden servicio

Fecha de Remisi3n: // a las

Prestador que remite: C3digo de inscripci3n:

Direcci3n: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptaci3n: // a las

Prestador que recibe: C3digo de inscripci3n:

Direcci3n: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar 3nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde :

Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia B3sica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victima Zona: U R

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

Fecha de ingreso: 2023/12/24 a las 19:43

Fecha de Egreso: 2023/12/24 a las 23:12

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico relacionado de Ingreso

Diagnostico relacionado de Egreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

JHOAN 1er.Apellido del M3dico o Profesional tratante

ALBEIRO 2do.Apellido del M3dico o Profesional tratante

BAZAN 1er.Nombre del M3dico o Profesional tratante

2do.Nombre del M3dico o Profesional tratante

Tipo Documento: CC CE PA

No. Documento 1061724214

N3mero de Registro de M3dico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	305300	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci3n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo t3cnico numero 2.

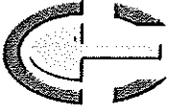
XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci3n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci3n contenida en este formulario es cierta y podr3 ser verificada por la Direcci3n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci3n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garant3a Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep3blica con la IPS y las aseguradoras de no ser as3, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci3n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



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

EPICRISIS No. 61583

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

DOC.IDENT: CC 1028661490 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CARRERA 31 N 10AW-64
FCHA.NACTO: 2005.11.26 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3223779020
EST.CIVIL: SOLTERO RH:

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.12.24 HORA DE INGRESO: 19:43
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.12.24 HORA DE EGRESO: 23:12
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
RELACIONADO1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

**** DEL INGRESO ****

**** FECHA: 23.12.24-20:04:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JOHAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)> Registrado en historia de: HOJAURGE**

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA TNQ41F, SON COLISIONADAS POR AUTOMOVIL QUE HUYE DEL LUGAR Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE SALUD LASER. VALORADO A LAS: 19+43 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO DERECHO EN EL MOMENTO NIEGA OTROS TRAUMAS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

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

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

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

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 128/90 FC: 82 FR: 20 TEMP: 36.2 TALLA: 162 PESO: 56 IMC: 21 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

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

<<CUELLO>>

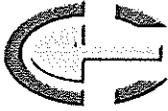
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.

<<TORAX>>

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

<<ABDOMEN>>

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



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

DOC.IDENT: CC 1028661490	SEXO: FEMENINO	DIRECCION: CARRERA 31 N 10AW-64
FCHA.NACTO: 2005.11.26	EDAD: 18 A	CIUDAD: NEIVA
EST.CIVIL: SOLTERO	RH:	TEL: 3223779020

irritación peritoneal. No se palpan masa

<<GENITOURINARIO>>

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

<<PELVIS>>

Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO

DERECHO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

<<NEUROLOGICO>>

Alerta orientada. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

<<PIEL>>

Sin lesiones.

<<FANERAS>>

Sin lesiones.

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

- 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 VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VITALES ESTABLES CON MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE INDICA ANALGÉSICO, Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRÁ NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

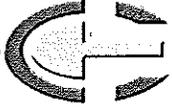
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO AHORA, DOSIS ÚNICA., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

- DEJAR EN OBSERVACIÓN.
- DIETA NORMAL.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- REVALORAR.
- PREVENIR CAÍDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARÁMETROS NORMALES.

**** DE LA EVOLUCION**

FECHA: 23.12.24-23:07:50 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)

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



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

EPICRISIS No. 61583

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

DOC.IDENT: CC 1028661490 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CARRERA 31 N 10AW-64
FCHA.NACTO: 2005.11.26 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3223779020
EST.CIVIL: SOLTERO RH:

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: 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 DERECHO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.12.24-23:12:20 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO, QUIEN POR ESTADO CLINICO ACTUAL, BUENA MODULACION DEL DOLOR E IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DECIDE DAR EGRESO, POR LO QUE SE DAN ORDENES DE SALIDA Y FORMULACION. SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES.

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES MEDICAS:**

CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA.

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, 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
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 10, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

**** FECHA: 23.12.24-23:12:39 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

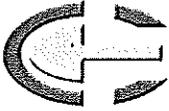
**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.24-23:12:27

ESTADO A LA SALIDA:VIVO



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

EPICRISIS No. 61583

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

DOC.IDENT: CC 1028661490	SEXO: FEMENINO	DIRECCION: CARRERA 31 N 10AW-64
FCHA.NACTO: 2005.11.26	EDAD: 18 A	CIUDAD: NEIVA
EST.CIVIL: SOLTERO	RH:	TEL: 3223779020

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

TIPO

GRADO

CONFIRMADO: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

RELACIONADO 1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

RELACIONADO 2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

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

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
U.S.H.C.A.B.C.A.
R.M. 1061724214

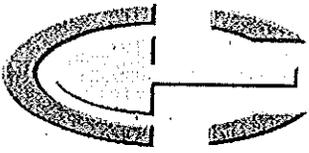
DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

PACIENTE: 1028661490 SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA **EDAD:** 18
DIRECCION: CARRERA 31 N 10AW-64 **TELEFONO:** 3223779020
ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA
N° SINIESTRO: ZSI-1-60808 **FECHA SINIESTRO:** 2023.12.24 **N° POLIZA:** 8118112300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 24 de diciembre de 2023						
20:05:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI	
20:05:00	GUANTES EXAMEN TALLA-M	1.00		NOCHE	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00



NIT: 800110181

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

Paciente: SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

No. Identif. 1028661490

Edad. 18

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2023.12.24

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB

Cant.: 10.00 1 TABLETA CADA 12 HORAS

Dr. Oscar Rodriguez Alvarez
Médico Cirujano General
T.P. 1.031.161.920
FUJNC

MEDICO

FARMACIA

Tania Valentina
PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 -1 -200557

FECHA EMISION:	2023.12.24
HORA:	23:14:53
PAGINA No:	1

USUARIO: SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

FECHA DE PEDIDO: 2023/12/24

DOC.IDENT: CC 1028661490

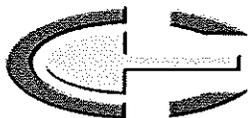
CAMA:

ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

MEDICO: Dr. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	10.00
TOTAL CANTIDAD:			10.00
<p><i>Tania Valentina</i> Recibido Paciente</p>			



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

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

FECHA EMISION: 24.01.03

HORA: 17:13:49

PAGINA No: 1

Numero: 85776 Fecha Ex. 24/12/23 Hora 17:13

Nombre Paciente: 1028661490 SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

Dirección: CARRERA 31 N 10AW-64

Telefono: 3223779020 Edad: 18 A Sexo: F

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y

Prioridad: ALTA

LECTURA

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 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.

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.

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

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

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

Neiva, 24/12/2023

Señores Equidad
 Ciudad Neiva

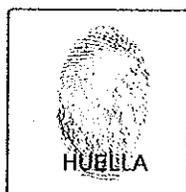
Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Tania Valentina Silva identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1028661440, 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 BOYACÁ a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

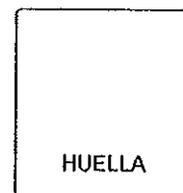
Paciente

Tania Valentina S.



Firma
 Nombre:
 c.c.

Acudiente o Representante



Firma
 Nombre:
 c.c.

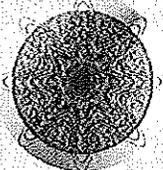
REPÚBLICA DE COLOMBIA



CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.028.661.490



ALMA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ALMA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
REGISTRADURIA REGISTRADURIA

APELLIDOS / NOMBRES
**SILVA VILLARRAGA
TANIA VALENTINA**
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
**26-NOV-2005
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA**

FECHA DE EXPEDICIÓN
28-NOV-2023

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
NEIVA - NEIVA

OFICINA DE ENTREGA
NEIVA - NEIVA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES
VÁLIDO HASTA EL 28-MAY-2024**

**8510200652
28-NOV-2023**

CENTRO DE CALIDAD

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUP 1.075.285.836

Apellido: **CABALLERO SILVA**

Nombre: **SANDRA MILENA**

Nacionalidad:	Edad:	Sexo:
COL	1.55	F

Fecha de expedición: **08 ENE 1995** IG 5 A+

Lugar de expedición: **VILLAVICENCIO (META)**

Fecha y lugar de expiración: **28 ENE 2013, NEIVA**

Fecha de expiración: **16 AGO 2033**




Sandra

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.075.805.662**

CABALLERO SILVA

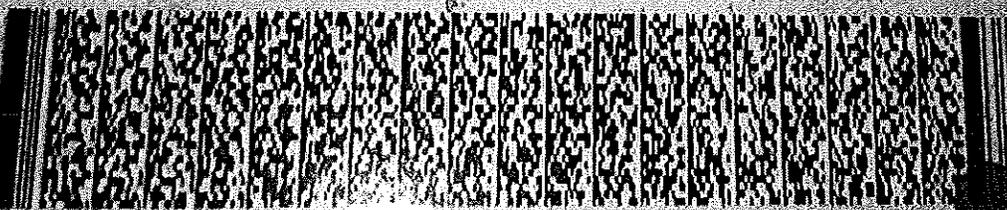
APELLIDOS
MARIA SALOME

NOMBRES

Maria salome caballero

FIRMA



RESTRICCION MOVILIDAD *****
 BLINDAJE ***** POTENCIA HP 10
 DECLARACION DE IMPORTACION VE FECHA IMPORT. PUERTAS
 902021000079365 | 09/06/2021 0
 LIMITACION A LA PROPIEDAD *****
 FECHA MATRICULA: 27/07/2021 FECHA EXP. LIC. TTO. 04/02/2022 FECHA VENCIMIENTO *****
 ORGANISMO DE TRANSITO
INST TTOY TTE DPTAL HUILA/TIMANA

 7001297912


REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10025214797

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
TNQ41F	AKT	AK125NKD EIII	2022
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
124	BLANCO NEGRO	PARTICULAR	
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
157FMIUE020478	N	9F2D51252N5011953	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
	N	9F2D51252N5011953	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)		IDENTIFICACIÓN	
GARCÉS CORTES OMAR ANDRÉS		C.C. 1075218023	

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:	TNQ41F	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10025214797	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2022	COLOR:	BLANCO NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMIUE020478
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51252N5011953	NÚMERO DE VIN:	9F2D51252N5011953
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL (DD/MM/AAAA):	27/07/2021
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOYTTE DPTAL HUILA/TIMANA	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

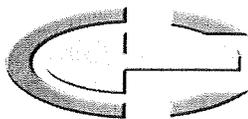
Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<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
8118112300	13/09/2023	14/09/2023	13/09/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	<input checked="" type="radio"/> VIGENTE
12099400009560	10/09/2022	11/09/2022	10/09/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	<input type="radio"/> NO VIGENTE
1308004296942000	26/07/2021	27/07/2021	26/07/2022	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	<input type="radio"/> 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: 2024/02/7

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-FEC1-55728 fechada el dia 24.01.04 cuyo paciente es SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

HISTORIA No. 1028661490

GLOSA No: ZGL-1-43342

SINIESTRO: 55728

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 305300.00

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 305300.00 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA A LA SEÑORA TANIA VALENTINA SILVA VILLARRAGA NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

VALOR TOTAL FACTURA:	305,300.00
VALOR GLOSADO :	305300.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	305300.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

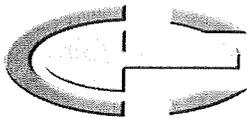
LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

Recibido!

9 de Febrero del 2024

20245403





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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/02/7

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-FEC1-55728 fechada el dia 24.01.04 cuyo paciente es SILVA VILLARRAGA TANIA VALENTINA

HISTORIA No. 1028661490

GLOSA No: ZGL-1-43342

SINIESTRO: 55728

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 305300.00

JUSTIFICACION:

999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 305300.00 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA A LA SEÑORA TANIA VALENTINA SILVA VILLARRAGA Y NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	305,300.00
VALOR GLOSADO :	305300.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	305300.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

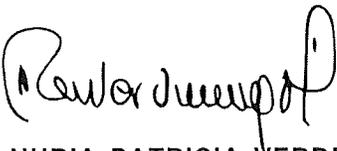
	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT	No. Egreso
		

No.	20236532	No.	186858	Siniestro	90728934	No. Factura	FEC155728		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	24/12/2023	Fecha aviso	27/12/2023	Fecha recepción	18/01/2024	
Fecha formalización	18/01/2024	Fecha liquidación	24/01/2024	Póliza	811811230	Vigencia	14/09/2023	hasta	13/09/2024
Id tomador	1075218023	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1028661490	Nombre	TANIA VALENTINA SILVA VILLARRAGA						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S801						Ciudad	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT DE ACUERDO CON AUDITORIA INTERNA DONDE SE CONFIRMA CON EL LA CONDUCTORA DEL VEHICULO E INDICA QUE LA LESIONADA TANIA VALENTINA SILVA NO VA DE PARRILLERA EN EL VEHICULO Y QUE SUBE A LA AMBULANCIA COMO ACOMPAÑANTE DE LOS LESIONADOS	100%	305,300	305,300	0

1001	Cobrado	305,300
1002	Obj. Parcial	305,300
1003	Liquidado	0

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



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

Bogotá D.C. Enero 24 de 2024.

OBJEQU-20236532-2024

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

Asunto:

Siniestro: 90728934
 Afectado: TANIA SILVA VILLARRAGA
 Poliza: AT 1501-8118112300-0
 Factura: FEC155728

Respetado(a) Señor (a):

Recibimos los documentos del reclamo que formula en calidad de Representante Legal, mediante el cual solicita afectar el amparo de Gastos Médicos con cargo a la póliza SOAT indicada en el asunto, derivado de las atenciones prestadas al paciente TANIA SILVA VILLARRAGA, como consecuencia del accidente de tránsito, ocurrido el 24/12/2023.

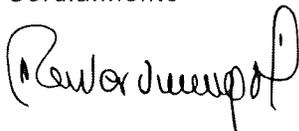
Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

Una vez realizada la investigación por parte de esta Compañía de Seguros, se evidenció que el vehículo causante de las lesiones no corresponde al automotor de placa TNQ41F asegurado por la Equidad Seguros Generales O.C., se objeta por no cubierto soat de acuerdo con auditoria interna donde se confirma con el la conductora del vehiculo e indica que la lesionada Tania Valentina Silva no va de parrillera en el vehiculo y que sube a la ambulancia como acompañante de los lesionados.

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

Adjunto, encontrará los documentos originales aportados a la reclamación.

Cordialmente



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

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



SI YO CAMBIO
 CAMBIA EL MUNDO

Línea Segura Nacional

☎ 324

Síguenos en:



DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Tania Valentina Silva Villavieja No. Documento de Identidad 1028661490
Edad 18 Sexo F Dirección Domicilio Cu 31 #10AW-64 Ciudad NEUQUEN Teléfono 3223779030
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Sandra Milena Cubalero Silva No. Documento de Identidad 1075285836
Edad 38 Sexo F Dirección Domicilio Cu 31 #10AW-64 Ciudad NEUQUEN Teléfono 3223779030
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca AKT Placa TN041F Vehículo Motorizada
3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 8118112300

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 24/12/2023 Hora 18:38

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente <u>Camara 2 con calle 26</u>
Conductor	
Ocupante <u>P</u> Peatón	

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Tania Valentina Silva Villavieja, iba como ocupante de moto con placa TN041F, somos colisionadas por automovil que hoye del lugar y cargo sumando lesiones personales

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Tania Valentina Silva Villavieja identificado con c.c. 1028661490
declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.

Acepto en la ciudad de NEUQUEN Fecha y hora 24/12/2023 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Tania Valentina S.  
Firma Víctima Nombre Firma Acompañante Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

Impreso el 3 de 12 de 2024 a las 08:31:02 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. FEC155728

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-01-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
30f22cd9d84d6a6b553edfda1467be5208b3408f7e7fed73d57d
7543fe66df40e19e44070366e87ef5233eb36b4670a9

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
305300

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2024-02-03 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
f66edf8798dad0363d58a84b602a553d26a936afab15e4a3f50a
16b49de673a31b5586ff8774094a9c34caa159b1d6d2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-01-04 05:14:56.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



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



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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC155728

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-01-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
30f22cd9d84d6a6b553edfda1467be5208b3408f7e7fed73d57d
7543fe66df40e19e44070366e87ef5233eb36b4670a9

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

CUDE:
b5ce97747fc3d9be739228145a9d0c0af3d5d3c10e68cd007549
67167c88362403dcb4a763707517401b12760026ca1c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-01-04 10:21:49.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
e17c6c4107bb60f059259d1111089b63ce52ec3630e88cd32ba
e4c1961889f39da147117b4a8919f8a8a7f810d789eba

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-01-22 05:04:51.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



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



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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC155728

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-01-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
30f22cd9d84d6a6b553edfda1467be5208b3408f7e7fed73d57d
7543fe66df40e19e44070366e87ef5233eb36b4670a9

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
0b73f7757970be2191d7b741a108c328e32bb9c819c3648530a
c30d4f61151c8e0c63a067884366e135ea248847bd916

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-01-22 05:05:01.000 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

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

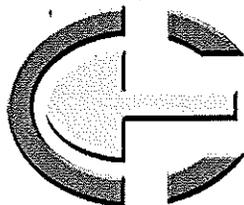
FIN DE ESTE DOCUMENTO

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: 12/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



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



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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



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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2024.02.27	17:29:42	2024.03.28

Factura Electronica de Venta
 FEC1 - 57891

ENTIDAD RESPONSABLE	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
(AT1501) NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA	EVENTO	URGENCIAS
CONTRATO/PLAN 001 02 SOAT 50% DESC	REGIMEN OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO) 2024.02.09 - 11:35 2024.02.09 - 12:25

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
 DOCUMENTO: CC - 1075281129 TRILLERAS BUSTOS JAMIR EDAD : 29 Años
 DIRECCION: CALLE 2 B N 28-41 NEIVA TELEFONO: 3172627174

OBSERVACIONES:

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

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

010101	GASA ESTERIL PAQUETICOS							6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M							1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S							1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2							1	500	500

MEDICAMENTOS

19927267-06	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BAXTER							1	4,892	4,892
19996776-01	ISODINE SOLUCION							10	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.							10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG							2	250	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	2024.02.09	873206	CAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.09	873206	CAR				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.09	873121	CAR				1	90,400	90,400

OTROS

39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.02.09	890704	CAR				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.02.09	S22101	CLO				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	357,992	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	357,992
---------------------	---------	--------------------------	---	-------------------------	---------

SON: TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.02.27 05:33:06 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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
 Modalidad ELECTRONICA I

Cufe: d26fb6ded0a4bf543347bc3d491d0d5d11a4d6c0c9c79!

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia



Recibido!

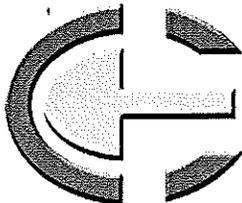
CODIGO DEL COMERCIO
 70.110.181-9

5 de Marzo del 2024

000 AUTORIZA
 20254880

JULIO NIT. 93.255.454 - 0

18



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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



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

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2024.02.27, 17:29:42, 2024.03.28

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 57891

Table with columns: ENTIDAD RESPONSABLE, TIPO CONTRATO, VIA DE INGRESO, DIRECCION, TELEFONO, ORDEN SS, CONTRATO/PLAN, REGIMEN, AUTORIZACION, FEC-HOR INGRESO, FEC-HORA EGRESO

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1075281129 TRILLERAS BUSTOS JAMIR EDAD : 29 Años
DIRECCION: CALLE 2 B N 28-41 NEIVA TELEFONO: 3172627174

OBSERVACIONES:

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

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Table listing medical materials: GASA ESTERIL PAQUETICOS, GUANTES EXAMEN TALLA- M, GUANTE EXAMRN TALLA S, JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2

MEDICAMENTOS

Table listing medications: CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BAXTER, ISODINE SOLUCION, ISODINE ESPUMA X CC ECAR, ACETAMINOFEN 500 MG, IBUPROFENO 400 MG TAB

IMAGENES DX

Table listing X-ray images: MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO

OTROS

Table listing other services: CONSULTA DE URGENCIAS, DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES

Summary table: VALOR BRUTO: 357,992 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR \$ 357,992

SON: TRESIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.02.27 05:33:06 PM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: d26fb6ded0a4bf543347bc3d491d0d5d11a4d6c0c9c795c2e87a7d1d5926c8e6c2471be7b276aa073542b8795148abb9

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

Representación Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126.6

FACTURA:	57891
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ -
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 357,992
 1650 A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





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

EUT g

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado
 Fecha Radicaci#n:

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

 RG
 No. Radicado Anterior Nro. Factura **FEC1- 57891**
 {Respuesta a glosa, marcar x en RG} \Cuenta de Cobro

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA**
 Codigoo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

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

TRILLERAS **BUSTOS**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
JAMIR
 1er. Nombre 2do. Nombre

Tipo de Documento:

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

 No. Documento: **1075281129**
 De: **41001** Fecha de Nacimiento: **1994/06/18** Sexo: F M
 Direcci#n: **CALLE 2 B N 28-41**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3172627174**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

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

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Hurac#n
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosi#n Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Direcci#n de la Ocurrencia: **CARRERA 24 CON CALLE 3 A**
 Fecha Evento/Accidente: **2024/02/9** Hora: **10:54**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Zona: U R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
 PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PLW89G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. P#liza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **AKT** Placa: **PLW89G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplom#tico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigoo Aseguradora: **AT1501** intervenci#n de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8112232000** Cobro excedente P#liza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2023/06/10** Hasta: **2024/06/9**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PULIDO **PAREDES**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
SANDRA **ISABEL**
 1er. Nombre 2do. Nombre

Documento de identidad:

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

 No. Documento **40621733**
 Direcci#n: **CALLE 2 B N 28 41**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Telefono: **3172627174** Total Folios: **0**



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

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

TRILLERAS

BUSTOS

1er.Apellido

2do.Apellido

JAMIR

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

CC CE PA TI RC AS

No. Documento 1075281129

Direcci3n: CALLE 2 B N 28 41

Departamento: HUILA

Cod. 41

Tel3fono: 3172627174

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi3n

Orden servicio

Fecha de Remisi3n: // a las

Prestador que remite:

C3digo de inscripci3n:

Direcci3n: Telefono:

Profesional que Remite:

Cargo:

Fecha de Aceptaci3n: // a las

Prestador que recibe:

C3digo de inscripci3n:

Direcci3n: Telefono:

Profesional que recibe:

Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar 3nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde :

Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia B3sica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victima Zona:

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

Fecha de ingreso: 2024/02/9 a las 11:35

Fecha de Egreso: 2024/02/9 a las 12:25

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUJECA Y DE

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUJECA Y DE

Diagnostico relacionado de Ingreso

Diagnostico relacionado de Egreso

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

CARLOS

ALBERTO

1er.Apellido del M3dico o Profesional tratante

2do.Apellido del M3dico o Profesional tratante

ANDRADE

CACHAYA

1er.Nombre del M3dico o Profesional tratante

2do.Nombre del M3dico o Profesional tratante

Tipo Documento

CC CE PA

No. Documento

80874060

N3mero de Registro de M3dico

1536/10

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	357992	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci3n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo t3cnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

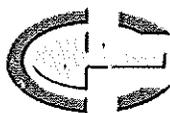
Como representante legal o Gerente de la instituci3n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci3n contenida en este formulario es cierta y podr3 ser verificada por la Direcci3n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci3n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garant3a Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep3blica con la IPS y las aseguradoras de no ser as3, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci3n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

19

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. 62433

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRILLERAS BUSTOS JAMIR

DOC.IDENT: CC 1075281129 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 2 B N 28-41
FCHA.NACTO: 1994.06.18 EDAD: 29 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3172627174
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2024.02.09 HORA DE INGRESO: 11:35
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2024.02.09 HORA DE EGRESO: 12:25
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
RELACIONADO1: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
RELACIONADO2: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 24.02.09-11:45:41 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

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PLW89G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORADO A LAS 11+35

PACIENTE TRAIIDO POR AMBULANCIA DE LA EMPRESA CARE 7/24 QUIENR EFIERE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA EN 5TO DEDO MANO DERECHA, MUÑECA Y PIERNA DERECHA ASOCIADO A ABRASIONES. NIEGA PERDIDA DE CONCIENCIA, NIEGA OTROS TRAUMAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 118/75 FC: 74 FR: 18 TEMP: 36.3 PESO: 85 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

<<CUELLO>>

MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS

<<TORAX>>

SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS

<<ABDOMEN>>

BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

<<GENITOURINARIO>>

SE DIFIERE, NIEGA TRAUMA A ESTE NIVEL

<<PELVIS>>

ESTABLE NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES, EXTREMIDADES SE EVIDENCIA EDEMA DOLOR Y LIMITACIOND E ADECUADA MOVILDIDAD DE 5TO DEDO MANO DERECHA, MUÑECA Y PIERNA DERECHA, ASOCIADO A ABRASIONES CONTAMINADAS CON TIERRA EN PIERNA DERECHA.

<<NEUROLOGICO>>



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

EPICRISIS No. 62433

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRILLERAS BUSTOS JAMIR

DOC.IDENT: CC 1075281129 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 2 B N 28-41
FCHA.NACTO: 1994.06.18 EDAD: 29 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3172627174
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

<<PIEL>>

ABRASIONES CONTAMINADAS CON TIERRA EN PIERNA DERECHA.

<<FANERAS>>

SIN LESIONES ADICIONALES

**** EVOLUCION:**

PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO DERECHA

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

**** PLAN DE MANEJO:**

- 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

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

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

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 24.02.09-11:51:33 MEDICO: / (AUXIL. CLO - CARMEN LIGIA OLAYA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

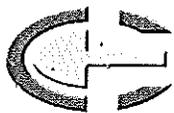
HORA INICIAL/FINAL: 11:45 / 11:48 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: CARMEN LIGIA OLAYA

***** 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 PIERNA DERECHA 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



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

EPICRISIS No. 62433

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRILLERAS BUSTOS JAMIR

DOC.IDENT: CC 1075281129 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 2 B N 28-41
FCHA.NACTO: 1994.06.18 EDAD: 29 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3172627174
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

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 ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 24.02.09-12:19:48 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 DEDOS EN MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 24.02.09-12:25:18 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)> Registrado en historia de: HOJAURGE**

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON REPORTE RADIOLOGICO SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, MEJORIA DE DOLOR, NO LIMITACIONES, SE DECIDE DAR SALIDA CON FORMULA MEDICA EXTERNA SIGNOS CLAROS DE ALARMA E INDICACIONES DE RECONSULTA, SE DA ORDEN DE CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA E INCAPACIDAD. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

**** PLAN DE MANEJO:**

- SALIDA
- MEDICAMENTOS
- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR GARCIA
- INCAPACIDAD
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

**** OTROS:**

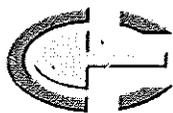
- CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, SANGRADO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION EN AREA DE TRAUMA.
 - APLICAR FRIO LOCAL EN AREA AFECTADA
 - TOMAR MEDICAMENTOS EN HORARIOS ESTABLECIDOS, SUSPENDER SI PRESENTA ALGUN TIPO DE REACCION ALERGICA Y ASISTIR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS.
 - SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL
 - 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.

**** ORDENES MEDICAS:**

- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR GARCIA

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL



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

EPICRISIS No. 62433

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRILLERAS BUSTOS JAMIR

DOC.IDENT: CC 1075281129 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 2 B N 28-41
FCHA.NACTO: 1994.06.18 EDAD: 29 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3172627174
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

**** FECHA: 24.02.09-12:25:57 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.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.09-12:25:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: UNO (1) DIAS

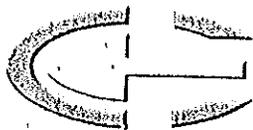
DIAGNOSTICOS AL EGRESO

	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO		
RELACIONADO 1: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA		
RELACIONADO 2: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

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


Carlos A. Andrade Cachaya
C.C. 80874060
REG. MED. 1536/10

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



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 174656

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -174656

Fecha 2024/02/9

Nombre Paciente: TRILLERAS BUSTOS JAMIR

- 1075281129 Edad: 29

Sexo: M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA

Sala:10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

- 1. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
- 3. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
- 4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnósticos Definitivos:

- 1. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
- 3. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
- 4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

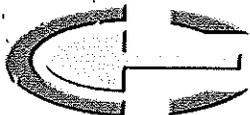
Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	CLO	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN PIERNA DERECHA 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 ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

QUIEN REALIZA

JAMIR TRILLERAS B.
FIRMA DE PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,12-Feb-2024

11:56:4

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	URGENCIAS
860028415	LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		MOTIVO 01	URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2024.02.0 11:35
001	0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	29 Años	Fecha Egreso :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1075281129	TRILLERAS BUSTOS JAMIR	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 2 B N 28-41	3172627174

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.02.09	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.02.09	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.02.09	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.02.09	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.02.09	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00

PACIENTE: 1075281129 TRILLERAS BUSTOS JAMIR

EDAD: 29

DIRECCION: CALLE 2 B N 28-41

TELEFONO: 3172627174

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-61626

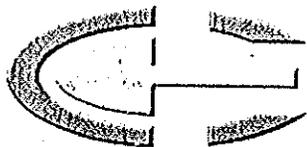
FECHA SINIESTRO: 2024.02.08

N° POLIZA: 8112232000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 9 de febrero de 2024						
11:46:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	CPM1	
11:46:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1	
11:46:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 4.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: TRILLERAS BUSTOS JAMIR

No. Identif. 1075281129

Edad. 29

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2024.02.09

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB

Cant.: 20.00 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

Andrés M. Trilleras Bustos
C.R. 11.000.000
C.C. 1.000.000.000

MEDICO

FARMACIA

Jamir Trilleras B.
PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140-1 -203605

FECHA EMISION:	2024.02.09
HORA:	12:27:02
PAGINA No:	1

USUARIO: TRILLERAS BUSTOS JAMIR

DOC.IDENT: CC 1075281129 CAMA: -

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2024/02/9

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

Jamir Trilleras Bustos

Recibido Paciente



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

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

FECHA EMISION: 24.02.12

HORA: 14:13:19

PAGINA No: 1

Numero: 87098 Fecha Ex. 09/02/24 Hora 09:18
 Nombre Paciente: 1075281129 TRILLERAS BUSTOS JAMIR
 Dirección: CALLE 2 B N 28-41 Telefono: 3172627174 Edad: 29 A Sexo: M
 Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
 Observacion: RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO DERECHA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

*HALLAZGOS

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

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

RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO DERECHA

*HALLAZGOS

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

Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

RADIOGRAFIA DE 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.

Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

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, 09/02/2024

Señores Equidad
Ciudad Neiva

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

Yo Jamir Trillerias Bustos identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1095281129, 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 01/01/2024 a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

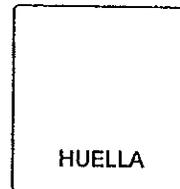
Paciente

Jamir Trillerias



Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante



Firma
Nombre:
c.c.

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	1075281129
NOMBRES	JAMIR
APELLIDOS	TRILLERAS BUSTOS
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 02/20/2024 15:13:01 | 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 ineamientos 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.281.129
TRILLERAS BUSTOS

PELLONIS
JAMIR

Jamir Trilleras Bustos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1994

TELLO
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.S. RH

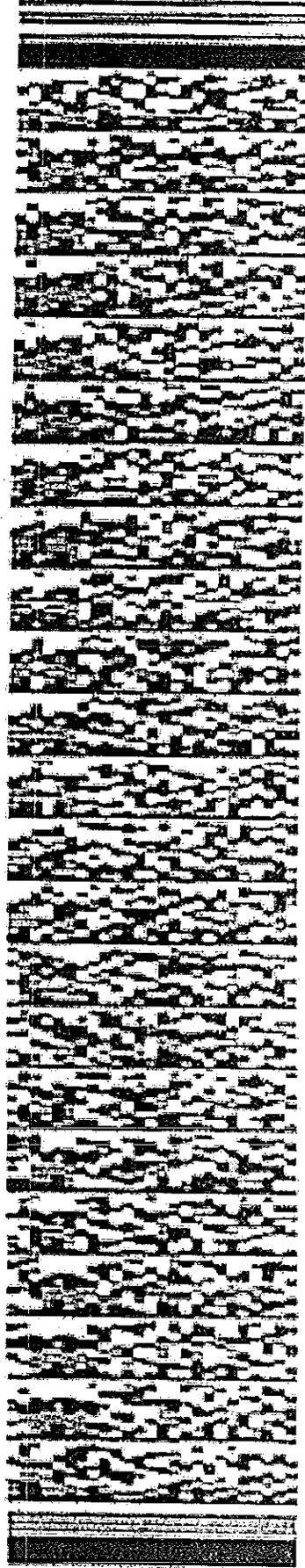
M

SEXO

09-JUL-2012 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Arnel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES



P-1900100-00396842-M-107528129-20120905

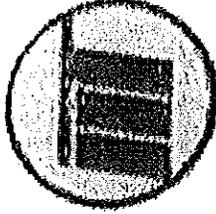
0030957899A 1

38562921



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029325523

Libertad y Orden

PLACA MARCA
PLW89G AKT

LÍNEA
AK125NKD EIII

MODELO
2024

CILINDRADA CC COLOR
124 NEGRO

SERVICIO
PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO TIPO CARROCERÍA
MOTOCICLETA SIN CARROCERÍA

COMBUSTIBLE CAPACIDAD KOP/SJ
GASOLINA 2

NÚMERO DE MOTOR
57FMI023785E3

REG VIN
N 9F2D51253RB017266

NÚMERO DE SERIE

REG NÚMERO DE CHASIS
N 9F2D51253RB017266

REG
N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

VULDO PAREDES SANDRA ISABEL C.C. 40621733

RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP

***** 10

DECLARACION DE IMPORTACION

IFE FECHA IMPORT PUERTAS

902023000082060

1 25/05/2023 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

FECHA MATRICULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

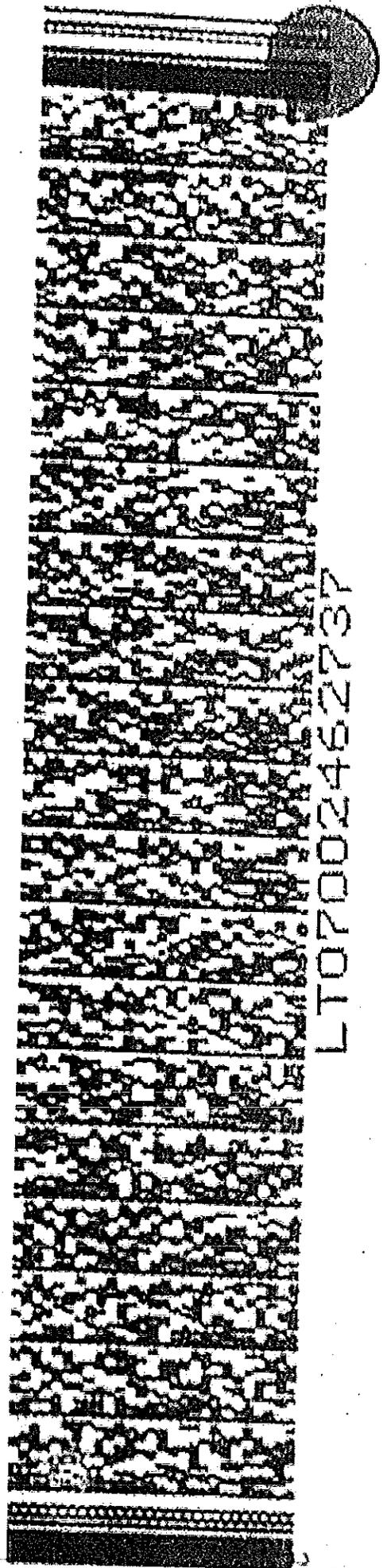
FECHA VENCIMIENTO

13/06/2023

13/06/2023

ORGANISMO DE TRANSITO

INSTI TOYITE DPTAL HUILAIRIVERA



LT07002462737

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:	PLW89G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029325523	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2024	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI023785E3
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51253RB017266	NÚMERO DE VIN:	9F2D51253RB017266
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL (DD/MM/AAAA):	📅 13/06/2023
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

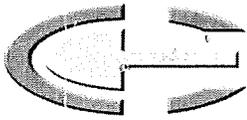
Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<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
8112232000	📅 09/06/2023	📅 10/06/2023	📅 09/06/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	Ⓞ VIGENTE



RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/04/5

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-FEC1-57891 fechada el día 24.02.27 cuyo paciente es TRILLERAS BUSTOS JAMIR

HISTORIA No. 1075281129

GLOSA No: ZGL-1-44432

SINIESTRO: 57891

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 357992.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 357992.00 DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA AL SEÑOR JAMIR TRILLERAS BUSTOS Y NOS CO QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENT CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUL LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

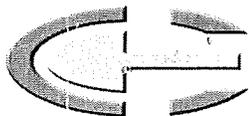
MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

VALOR TOTAL FACTURA:	357,992.00
VALOR GLOSADO :	357992.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	357992.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

Recibido!
 10 de Abril del 2024
 20265291



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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/04/5

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-FEC1-57891 fechada el día 24.02.27 cuyo paciente es TRILLERAS BUSTOS JAMIR

HISTORIA No. 1075281129

GLOSA No: ZGL-1-44432

SINIESTRO: 57891

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 357992.00

JUSTIFICACION:

999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 357992.00 DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA AL SEÑOR JAMIR TRILLERAS BUSTOS Y NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	357,992.00
VALOR GLOSADO :	357992.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	357992.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT	No. Egreso
		

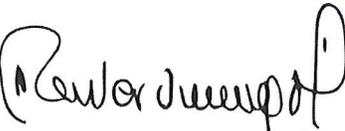
No.	20254880	No.	190566	Siniestro	90733905	No. Factura	FEC157891		
Amparo	1	Gastos médicos		Fecha siniestro	09/02/2024	Fecha aviso	15/02/2024	Fecha recepción	05/03/2024
Fecha formalización	05/03/2024	Fecha liquidación	11/03/2024	Póliza	811223200	Vigencia	10/06/2023	hast	09/06/2024
Id tomador	40621733	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA						
Id accidentado	1075281129	Nombre	JAMIR TRILLERAS BUSTOS						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA						
Diagnósticos	S602							Ciuda	NEIVA

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

1	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REALIZA AL PROPIETARIO SEÑOR CRISTIAN PACHECO REFIERE QUE NO HA SUFRIDO NINGUN ACCIDENTE DE TRANSITO NO CONOCE AL LESIONADO Y LA MOTO DE PLACA PLW89G POR EL CUAL RECLAMA LA ENTIDAD NO ESTUVO INVOLUCRADA EN EL ACCIDENTE.	100%	357,992	357,992	0
---	-------	----------------	---	------	---------	---------	---

1001	Cobrado	357,992
1002	Obj. Parcial	357,992
1003	Liquidado	0

Liquidación: JULIE.RIVERA	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico: DRA. CLAUDIA MORENO.
------------------------------	----------	-------------	---



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

RECIBIDO 27 MAR 2024

Bogotá D.C. Marzo 11 de 2024.

OBJEQU-20254880-2024

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

Asunto:

Siniestro: 90733905
Afectado: JAMIR TRILLERAS BUSTOS
Poliza: AT 1501-8112232000-0
Factura: FEC157891

Respetado(a) Señor (a):

Recibimos los documentos del reclamo que formula en calidad de Representante Legal, mediante el cual solicita afectar el amparo de Gastos Médicos con cargo a la póliza SOAT indicada en el asunto, derivado de las atenciones prestadas al paciente JAMIR TRILLERAS BUSTOS, como consecuencia del accidente de tránsito, ocurrido el 09/02/2024.

Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

Una vez realizada la investigación por parte de esta Compañía de Seguros, se evidenció que el vehículo causante de las lesiones no corresponde al automotor de placa PLW89G asegurado por la Equidad Seguros Generales O.C., Se objeta por no cubierto soat teniendo en cuenta auditoria interna realiza al propietario señor Cristian Pacheco refiere que no ha sufrido ningun accidente de transito no conoce al lesionado y la moto de placa PLW89G por el cual reclama la entidad no estuvo involucrada en el accidente..

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

Adjunto, encontrará los documentos originales aportados a la reclamación.

Cordialmente



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

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

RECIBIDO 27 MAR 2024



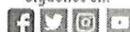
SI YO CAMBIO
CAMBIA EL MUNDO

Línea Segura Nacional

018000 919538

324

Síguenos en:



DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jamir Trilleras Bustos No. Documento de Identidad 1078281129
Edad 29 Sexo M Dirección Domicilio Cl 2B #28-41 Ciudad NAUCA Teléfono 3172627174
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jamir Trilleras Bustos No. Documento de Identidad 1078281129
Edad 29 Sexo M Dirección Domicilio Cl 2B #28-41 Ciudad NAUCA Teléfono 3172627174
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa PLW896 Vehículo Motocicleta
3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 8112232000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 09/02/2024 Hora 10:54

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente <u>Carrera 24 con calle 3 A</u>
Conductor <u>X</u>	
Ocupante _____	
Peatón _____	

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos:

Yo Jamir Trilleras Bustos, iba como conductor de moto con placa PLW896, pierdo el control de la moto por el mal estado de la vía y cargo soportando lesiones personales.

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

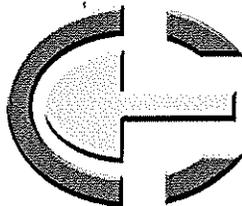
Yo, Jamir Trilleras Bustos identificado con c.c. 1078281129 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.

Acepto en la ciudad de NAUCA Fecha y hora 09/02/2024 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima JAMIR TRILLERAS  Firma Acompañante _____ 
Nombre _____ Nombre _____

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud _____



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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



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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2024.02.27	17:57:34	2024.03.28

Factura Electronica de Venta
 FEC1 - 57900

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
 NIT: 860028416 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
 DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 174657
 CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
 001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.02.09 - 11:38 2024.02.09 - 12:31

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1076500114 PEÑA TRILLERAS DABISON

EDAD : 20 Años

DIRECCION: CLL 2B N 38 42

NEIVA

TELEFONO: 3172762977

OBSERVACIONES:

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

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

010101	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500

MEDICAMENTOS

19927267-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	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	2024.02.09	873206	CAR					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.09	873206	CAR					1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.09	873121	CAR					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.09	873121	CAR					1	90,400	90,400

OTROS

39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.02.09	890701	CAR					1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.02.09	S22101	CLO					1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	448,392	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	448,392
--------------	---------	-------------------	---	------------------	---------

SON:CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.02.27 06:00:58 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18

Modalidad ELECTRONICA D

Cufe: 4b841e34e517db6b09a7d838321d7575549ba321ce2945



Recibido!

CODIGO DEL COMERCIO

70.110.181-9

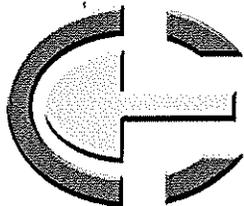
5 de Marzo del 2024

000 AUTORIZA

20254881

l4bcd6c6b0c12e

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. Calle 17 No. 10-100, Bogotá D.C. Teléfono: 317 276 2977. THE FACTORY HUILA COL S.A.S. NIT: 900.000.000



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, 2024.02.27	17:57:34	2024.03.28

Factura Electronica de Venta
 FEC1 - 57900

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** **VIA DE INGRESO**
 NIT: 860028416 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
 DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 174657
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)**
 001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.02.09 - 11:38 2024.02.09 - 12:31

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1076500114 PEÑA TRILLERAS DABISON

EDAD : 20 Años

DIRECCION: CLL 2B N 38 42

NEIVA

TELEFONO: 3172762977

OBSERVACIONES:

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

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

010101	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500

MEDICAMENTOS

19927267-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	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	2024.02.09	873206	CAR					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.09	873206	CAR					1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.09	873121	CAR					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.09	873121	CAR					1	90,400	90,400

OTROS

39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.02.09	890701	CAR					1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.02.09	S22101	CLO					1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	448,392	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	448,392
--------------	---------	-------------------	---	------------------	---------

SON:CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL TRESIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.*****

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.02.27 06:00:58 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 4b841e34e517db6b09a7d838321d7575549ba321de2949c3b4db9a5f181dc00bb550c861d72e507e595d4bcd8c6bcf2e

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

Representación Gráfica de Factura Electrónica de Venta Removible Transmisible - THE FACTORY HUIA COL S.A.S. NIT. 300.000.100 - 0

FACTURA:	57900
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ -
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 448,392
 DIEGO A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





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

EUT
g

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado
 Fecha Radicaci#n:

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

 RG
 No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG} Nro. Factura \Cuenta de Cobro **FEC1- 57900**

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

PEÑA **TRILLERAS**
 1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido
DABISON
 1er.Nombre 2do.Nombre
 Tipo de Documento:

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

 No. Documento: **1076500114**
 De: **41001** Fecha de Nacimiento: **2003/12/18** Sexo: F M
 Direcci#n: **CLL 2B N 38 42**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3172762977**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

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

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Hurac#n
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosi#n Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio
 Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Direcci#n de la Ocurrencia: **CARRERA 24 CON CALLE 3 A**
 Fecha Evento/Accidente: **2024/02/9** Hora: **10:54**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Zona: U R
 Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PLW89G, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. P#liza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **AKT** Placa: **PLW89G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplom#tico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigo Aseguradora: **AT1501** intervenci#n de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8112232000** Cobro excedente P#liza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2023/06/10** Hasta: **2024/06/9**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PULIDO **PAREDES**
 1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido
SANDRA **ISABEL**
 1er.Nombre 2do.Nombre
 Documento de identidad:

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

 No. Documento **40621733**
 Direccion: **CALLE 2B N 28 41**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Telefono: **3172627174** Total Folios: **0**



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

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

TRILLERAS

BUSTOS

1er.Apellido

2do.Apellido

JAMIR

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

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

No. Documento 1075281129

Direcci3n: CALLE 2B N 28 41

Departamento: HUILA

Cod. 41

Tel3fono: 3172627174

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi3n

Orden servicio

Fecha de Remisi3n: // a las

Prestador que remite:

C3digo de inscripci3n:

Direcci3n: Telefono:

Profesional que Remite:

Cargo:

Fecha de Aceptaci3n: // a las

Prestador que recibe:

C3digo de inscripci3n:

Direcci3n: Telefono:

Profesional que recibe:

Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar 3nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde :

Hasta :

Tipo de Transporte: Ambutancia B3sica Ambutancia Medicalizada Lugar donde recoge la victima Zona:

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

Fecha de ingreso: 2024/02/9 a las 11:38

Fecha de Egreso: 2024/02/9 a las 12:31

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

CARLOS

ALBERTO

1er.Apellido del M3dico o Profesional tratante

2do.Apellido del M3dico o Profesional tratante

ANDRADE

CACHAYA

1er.Nombre del M3dico o Profesional tratante

2do.Nombre del M3dico o Profesional tratante

Tipo Documento

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

No. Documento

80874060

N3mero de Registro de M3dico

1536/10

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	448392	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci3n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo t3cnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

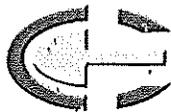
Como representante legal o Gerente de la instituci3n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci3n contenida en este formulario es cierta y podr3 ser verificada por la Direcci3n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci3n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep3blica con la IPS y las aseguradoras de no ser as3, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci3n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

19



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 62434

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: PEÑA TRILLERAS DABISON**

DOC.IDENT: CC 1076500114 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 2B N 38-42
 FCHA.NACTO: 2003.12.18 EDAD: 20 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3172762977
 EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2024.02.09 HORA DE INGRESO: 11:38
 SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2024.02.09 HORA DE EGRESO: 12:31
 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: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

**** DEL INGRESO****** FECHA: 24.02.09-11:58:26 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

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PLW89G, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORADO A LAS 11+38

PACIENTE TRAI DO POR AMBULANCIA DE LA EMPRESA CARE 7/24 QUIEN REFIERE EL DIA DE HOY SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA EN BRAZO CODO ANTEBRAZO Y PIERNA DERECHA ASOCIADO A ABRASIONES.NIEGA OTROS TRAUMAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA**** SIGNOS VITALES:**

TA: 105/62 FC: 88 FR: 20 TEMP: 36. PESO: 80 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
 GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

<<CUELLO>>

MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS

<<TORAX>>

SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS

<<ABDOMEN>>

BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

<<GENITOURINARIO>>

SE DIFIERE, NIEGA TRAUMA A ESTE NIVEL

<<PELVIS>>

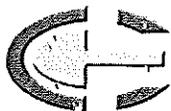
ESTABLE NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES, EXTREMIDADES SE EVIDENCIA EDEMA DOLOR Y LIMITACION DE ADECUADA MOVILIDAD DE BRAZO CODO ANTEBRAZO Y PIERNA DERECHA ASOCIADO A ABRASIONES

<<NEUROLOGICO>>

NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15



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

EPICRISIS No. 62434

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: PEÑA TRILLERAS DABISON

DOC.IDENT: CC 1076500114 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 2B N 38-42
FCHA.NACTO: 2003.12.18 EDAD: 20 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3172762977
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

<<PIEL>>

SE EVIDENCIAN ABRASIONES SUCIAS EN BRAZO CODO ANTEBRAZO Y PIERNA DERECHA.

<<FANERAS>>

SIN LESIONES ADICIONALES

**** EVOLUCION:**

PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO ✓
RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO ✓
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO ✓
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL ✓

**** PLAN DE MANEJO:**

- 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

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

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

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 24.02.09-12:10:19 MEDICO: / (AUXIL. CLO - CARMEN LIGIA OLAYA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

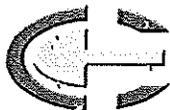
HORA INICIAL/FINAL: 11:58 / 12:01 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: CARMEN LIGIA OLAYA

***** 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 ANTEBRAZO Y PIERNA DERECHA 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



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 62434

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEÑA TRILLERAS DABISON

DOC.IDENT: CC 1076500114 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 2B N 38-42
 FCHA.NACTO: 2003.12.18 EDAD: 20 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3172762977
 EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

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 ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 24.02.09-12:28:17 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 ANTEBRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
 RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
 RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
 RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS

** DEL EGRESO

**** FECHA: 24.02.09-12:31:01 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)**

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

** EVOLUCION:

PACIENTE CON REPORTE RADIOLOGICO SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, MEJORIA DE DOLOR, NO LIMITACIONES, SE DECIDE DAR SALIDA CON FORMULA MEDICA EXTERNA SIGNOS CLAROS DE ALARMA E INDICACIONES DE RECONSULTA, SE DA ORDEN DE CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA E INCAPACIDAD. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

** PLAN DE MANEJO:

- SALIDA
- MEDICAMENTOS
- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR GARCIA
- 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.
- APLICAR FRIO LOCAL EN AREA AFECTADA
- TOMAR MEDICAMENTOS EN HORARIOS ESTABLECIDOS, SUSPENDER SI PRESENTA ALGUN TIPO DE REACCION ALERGICA Y ASISTIR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL
- 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.

** ORDENES MEDICAS:

- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR GARCIA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 8 HPRAS, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 62434

**** DE LA IDENTIFICACION ****
PACIENTE: PEÑA TRILLERAS DABISON

DOC.IDENT: CC 1076500114

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 2B N 38-42

FCHA.NACTO: 2003.12.18

EDAD: 20 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3172762977

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: A+

**** FECHA: 24.02.09-12:31:40 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.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.09-12:31:07

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: UNO (1) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

TIPO

GRADO

CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL COD0

RELACIONADO 1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO

RELACIONADO 2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

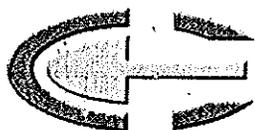
CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Carlos A. Andrade Cachaya
 M. U. O. S.
 R. M. 1536/10

DR@. CARLOS ALBERTO ANDRADE

CACHAYA

REG. MED: 1536/10



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 174657

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -174657

Fecha 2024/02/9

Nombre Paciente: PEÑA TRILLERAS DABISON

- 1076500114 Edad: 20

Sexo: M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA

Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

- 1. S500-CONTUSION DEL COD0
- 3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
- 4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
- 5. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
- 6. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnósticos Definitivos:

- 1. S500-CONTUSION DEL COD0
- 3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
- 4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
- 5. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
- 6. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

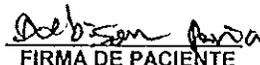
Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ANTEBRAZO Y PIERNA DERECHA 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 ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.


QUIEN REALIZA


FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ADMISION No. **174657**

PACIENTE: 1076500114 PEÑA TRILLERAS DABISON

EDAD: 20 No. CAMA:

DIRECCION: CALLE 2B N 38-42

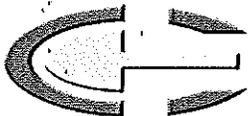
TELEFONO: 3172762977

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 9 de febrero de 2024						
11:59:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	CPMI	

TOTAL SUMINISTRADO: 2.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

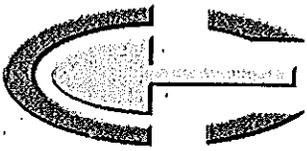
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 12-Feb-2024

11:30:3

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: 2024.02.0 11:38
001 0 SOAT 50% DESC		OTRO REGIMEN	20 Años		Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1076500114 PEÑA TRILLERAS DABISON		1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 2B N 38-42	3172762977

FECHA	Tar	Código	Descripción del ítem	Vendedor	Cantidad
2024.02.09	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.02.09	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.02.09	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.02.09	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.02.09	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	CLO	1.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: PEÑA TRILLERAS DABISON

No. Identif. 1076500114

Edad. 20

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2024.02.09

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB

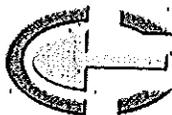
Cant.: 20.00 TOMAR 1 TAB CADA 8 HPRAS

Carlos M. ...
C.C. ...

MEDICO

FARMACIA

Dabison Peña
PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140-1 -203606

FECHA EMISION:	2024.02.09
HORA:	12:45:24
PAGINA No:	1

USUARIO: PEÑA TRILLERAS DABISON

DOC.IDENT: CC 1076500114 CAMA:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

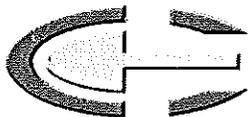
FECHA DE PEDIDO: 2024/02/9

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

Dabison Peña
 Recibido Paciente



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

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

FECHA EMISION: 24.02.13

HORA: 10:01:32

PAGINA No: 1

Numero: 87099 Fecha Ex. 09/02/24 Hora 09:24
Nombre Paciente: 1076500114 PEÑA TRILLERAS DABISON
Dirección: CALLE 2B N 38-42 Telefono: 3172762977 Edad: 20 A Sexo: M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

*HALLAZGOS

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

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

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo derecho observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales. Hay una banda laminar radiolúcida lineal distal del radio subcondral para correlacionar.

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.

Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo derecho observándose la diáfisis del humero con aspecto anatómico y densidad ósea normal. No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

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, 09/02/2024

Señores Equidad
 Ciudad Neiva

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

Yo Dabison Peña Tilleras identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1076500114, 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 Neiva a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG.ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

Paciente

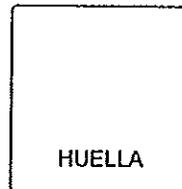
Dabison Peña

Firma
 Nombre:
 c.c.



Acudiente o Representante

Firma
 Nombre:
 c.c.



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	1076500114
NOMBRES	DABISON
APELLIDOS	PEÑA TRILLERAS
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	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/09/2024 12:00:13 | 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.281.129

TRILLERAS BUSTOS

PELLIDOS

JÁMIR

NOMBRES

Trilleras Bustos

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **18-JUN-1994**

TELLO
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

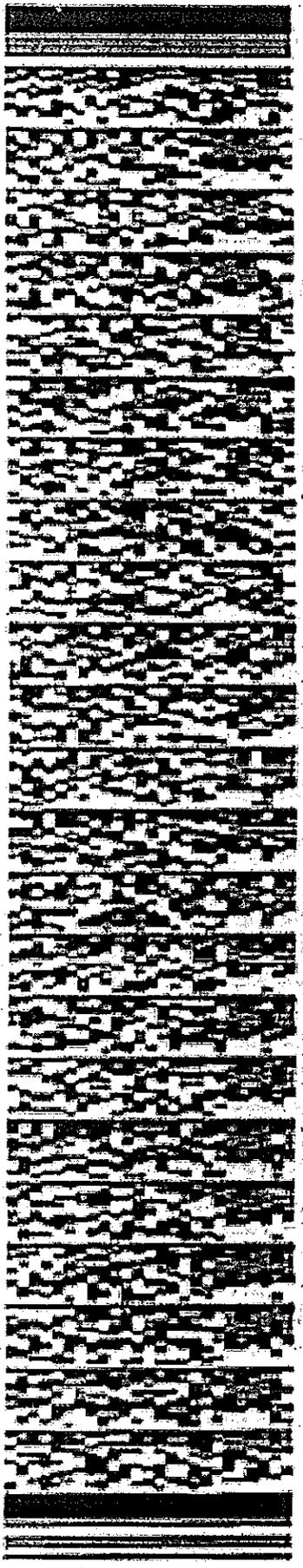
09-JUL-2012 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ardel Sanchez Torres

INDICE DERECHO

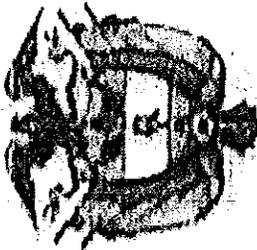
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARDEL SANCHEZ TORRES



P-1900100-00396842-M-1075281129-20120905

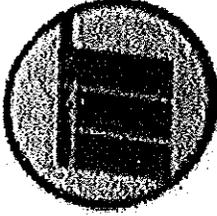
0030957899A 1

38562921



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029325523

Libertad y Orden

MARCA
AKT

LÍNEA
AK125NKD EIII

MODELO
2024

COLOR
NEGRO

SERVICIO
PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO
MOTOCICLETA

TIPO CARROCERÍA
SIN CARROCERÍA

COMBUSTIBLE
GASOLINA

CAPACIDAD MOTOR

2

NÚMERO DE MOTOR
57FMI023785E3

REG
N

VIN

9F2D51253RB017266

NÚMERO DE SERIE

REG
N

NÚMERO DE CHASIS

9F2D51253RB017266

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

C.C. 40621733

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP

***** 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

PUERTAS

902023000082060

ME FECHA IMPORT.

0

I 25/05/2023

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

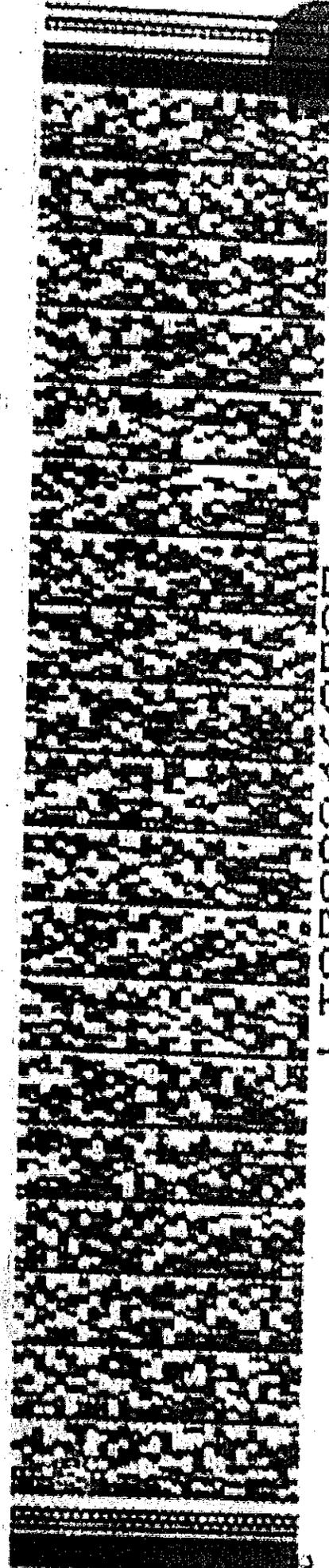
FECHA VENCIMIENTO

13/06/2023

13/06/2023

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYFTE DPTAL HUILAU RIVERA



LT07002462737

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:	PLW89G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029325523	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2024	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI023785E3
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51253RB017266	NÚMERO DE VIN:	9F2D51253RB017266
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	13/06/2023
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

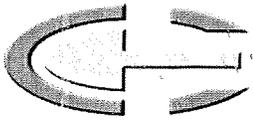
Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<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 expedite SOAT	Estado
8112232000	09/06/2023	10/06/2023	09/06/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE



RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/04/5

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-FEC1-57900 fechada el día 24.02.27 cuyo paciente es PEÑA TRILLERAS DABISON

HISTORIA No. 1076500114

GLOSA No: ZGL-1-44434

SINIESTRO: 57900

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 448392.00

JUSTIFICACION:

999
 GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 448392.00 DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
 NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA AL SEÑOR PEÑA TRILLERAS DABISON Y NOS CO
 QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENT
 CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUN
 LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

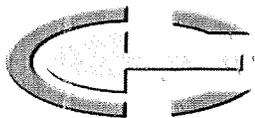
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

VALOR TOTAL FACTURA:	448,392,00
VALOR GLOSADO :	448392.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	448392.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

Recibido!
 10 de Abril del 2024
 20265292

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: 2024/04/5

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-FEC1-57900 fechada el día 24.02.27 cuyo paciente es PEÑA TRILLERAS DABISON

HISTORIA No. 1076500114

GLOSA No: ZGL-1-44434

SINIESTRO: 57900

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 448392.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 448392.00 DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA AL SEÑOR PEÑA TRILLERAS DABISON Y NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	448,392,00
VALOR GLOSADO :	448392.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	448392.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT	No. Egreso
		

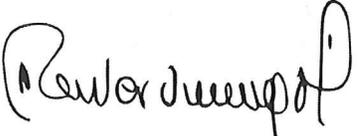
No.	20254881	No.	190568	Siniestro	90733865	No. Factura	FEC157900		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	09/02/2024	Fecha aviso	15/02/2024	Fecha recepción	05/03/2024	
Fecha formalización	05/03/2024	Fecha liquidación	11/03/2024	Póliza	811223200	Vigencia	10/06/2023	hast	09/06/2024
Id tomador	40621733	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario		CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Id accidentado	1076500114	Nombre		DABISON PEÑA TRILLERAS					
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante		CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Diagnósticos	S500,S501					Ciuda	NEIVA		

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

1	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REALIZA AL PROPIETARIO SEÑOR CRISTIAN PACHECO REFIERE QUE NO HA SUFRIDO NINGUN ACCIDENTE DE TRANSITO NO CONOCE AL LESIONADO Y LA MOTO DE PLACA PLW89G POR EL CUAL RECLAMA LA ENTIDAD NO ESTUVO INVOLUCRADA EN EL ACCIDENTE.	100%	448,392	448,392	
---	-------	----------------	---	------	---------	---------	--

1001	Cobrado	448,392
1002	Obj. Parcial	448,392
1003	Liquidado	0

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



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

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

RECIBIDO 27 MAR 2024

Bogotá D.C. Marzo 11 de 2024.

OBJEQU-20254881-2024

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

Asunto:

Siniestro: 90733865
Afectado: DABISON PEÑA TRILLERAS
Poliza: AT 1501-8112232000-0
Factura: FEC157900

Respetado(a) Señor (a):

Recibimos los documentos del reclamo que formula en calidad de Representante Legal, mediante el cual solicita afectar el amparo de Gastos Médicos con cargo a la póliza SOAT indicada en el asunto, derivado de las atenciones prestadas al paciente DABISON PEÑA TRILLERAS, como consecuencia del accidente de tránsito, ocurrido el 09/02/2024.

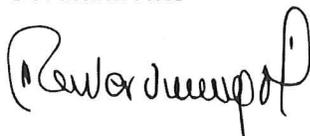
Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

Una vez realizada la investigación por parte de esta Compañía de Seguros, se evidenció que el vehículo causante de las lesiones no corresponde al automotor de placa PLW89G asegurado por la Equidad Seguros Generales O.C., Se objeta por no cubierto soat teniendo en cuenta auditoria interna realiza al propietario señor Cristian Pacheco refiere que no ha sufrido ningun accidente de transito no conoce al lesionado y la moto de placa PLW89G por el cual reclama la entidad no estuvo involucrada en el accidente..

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

Adjunto, encontrará los documentos originales aportados a la reclamación.

Cordialmente



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.
Elaboró: Grupo MOK
Revisado: Grupo MOK

RECIBIDO 27 MAR 2024



SI YO CAMBIO
CAMBIA EL MUNDO

Línea Seguro Nacional
01.8000 919538

324

Síguenos en:



DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Dabison Peña Trilleras No. Documento de Identidad 1076800114
Edad 20 Sexo M Dirección Domicilio Cl 28 #38-42 Ciudad NEUCA Teléfono 3172762977
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jammy Trilleras Bostos No. Documento de Identidad 1075281129
Edad 29 Sexo M Dirección Domicilio Cl 28 #28-41 Ciudad NEUCA Teléfono 3172627174
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca AKT Placa PLW896 Vehículo motocicleta
3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 8112232000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 09/02/2024 Hora 10:54

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos; Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor <u> </u> Ocupante <u> P </u> Peatón <u> </u>	
<u>Carrera 24 con calle 3A.</u>	

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Dabison Peña Trilleras, iba como ocupante de moto con placa PLW896, perdemos el control de la moto por el mal estado de la vía y cargo sosteniendo gestiones personales.

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Dabison Peña Trilleras identificado con c.c. 1076800114 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es clara, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1501 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.

Acepto en la ciudad de NEUCA Fecha y hora 09/02/2024 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Dabison Peña
Firma Víctima
Nombre



Firma Acompañante
Nombre



Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

Impreso el 3 de 12 de 2024 a las 08:31:50 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. FEC157900

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-02-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4b841e34e517db6b09a7d838321d7575549ba321de2949c3b4
db9a5f181dc00bb550c861d72e507e595d4bcd8c6bcf2e

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
448392

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2024-03-28 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
275379af9effd23252f9dc72c29f76bb0126f9833965a6d9cfdfe59
51a1188458ecb05cde82ed77eb95ae28d1f85ebf0

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-02-27 06:00:58.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



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



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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC157900

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-02-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4b841e34e517db6b09a7d838321d7575549ba321de2949c3b4
db9a5f181dc00bb550c861d72e507e595d4bcd8c6bcf2e

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

CUDE:
dd238a7955e8742b5aaba95dfc3b8b44aee16883f4d756f5a84b
4e040d62a75b687362e4a06f26373340a83ff49d07f3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-02-27 11:07:54.000 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:
70e71dc5f71000aec276a9379b3bf7135368b05a253c821d4138
6e294083d2e6b72fed04c5a96acc2362addb8d5947bb

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-02-27 11:08:33.000 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



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

Impreso el 3 de 12 de 2024 a las 08:31:50 AM
Página: 3



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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC157900

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-02-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4b841e34e517db6b09a7d838321d7575549ba321de2949c3b4
db9a5f181dc00bb550c861d72e507e595d4bcd8c6bcf2e

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
56bb26253b799b75e68cdffc8b33f1a2bb86b9544390b09b9fe39
bb24ffd683c120d8ec588bf06c480530e3b456701b8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-02-27 11:08:42.000 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

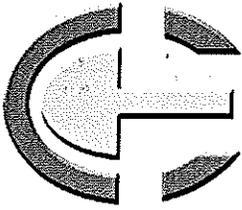
FIN DE ESTE DOCUMENTO

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: 12/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



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



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

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

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

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta

*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2024.03.21	16:22:30	2024.04.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 58724

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1601)		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 174885
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
			2024.02.13 - 21:12 2024.02.14 - 18:41

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 26511197 TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

EDAD : 84 Años

DIRECCION: CALLE 6 N 7 06 BOBO

TELEFONO: 3212608611

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	242,400	242,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								10	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	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

19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9% X 100ML BAXTER								7	3,758	26,306
20087651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								26	260	6,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	280	6,720
19930890-01	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	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.13	873121	JAB					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.13	873121	JAB					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.13	873121	JAB					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.13	873121	JAB					1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.02.13	873411	JAB					1	76,700	76,700
21140	COLUMNA CERVICAL	2024.02.13	871010	JAB					1	114,400	114,400
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.02.13	871121	JAB					1	99,300	99,300
21701	CRANEO SIMPLE	2024.02.13	879111	JAB					1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.02.13	879131	JAB					1	758,200	758,200
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2024.02.13	879150	JAB					1	758,200	758,200

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS LOS CASOS A LA FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturación de la Dian: 18:

Modalidad ELECTRONICA D

Cufe: 156bdf08d7613dcba7f89e3b3128e7e69a8142153df9a

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P



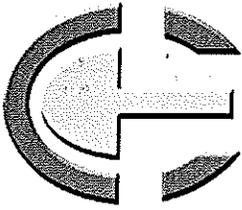
Recibido!

CODIGO DEL COMERCIO 0.110.181-9

na vigencia de: 12 Meses
2 de Abril del 2024

JILLO DEL 2024

A COLOMBIA C. A. 3 NIT. 900.330.120 - 0



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, 2024.03.21	16:22:30	2024.04.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 58724

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1601)	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 174885
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
			2024.02.13 - 21:12 2024.02.14 - 18:41

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 26511197 TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

EDAD : 84 Años

DIRECCION: CALLE 6 N 7 06 BOBO

TELEFONO: 3212608611

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	242,400	242,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

452302	EQUIPO MACROGOTE0								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								10	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	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

19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9% X 100ML BAXTER								7	3,758	26,306
20087651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								26	260	6,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	280	6,720
19930890-01	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), CALCANE0	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANE0	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANE0	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANE0	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANE0	2024.02.13	873206	JAB					1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.13	873121	JAB					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.13	873121	JAB					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.13	873121	JAB					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.13	873121	JAB					1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.02.13	873411	JAB					1	76,700	76,700
21140	COLUMNA CERVICAL	2024.02.13	871010	JAB					1	114,400	114,400
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.02.13	871121	JAB					1	99,300	99,300
21701	CRANEO SIMPLE	2024.02.13	879111	JAB					1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.02.13	879131	JAB					1	758,200	758,200
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2024.02.13	879150	JAB					1	758,200	758,200

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

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

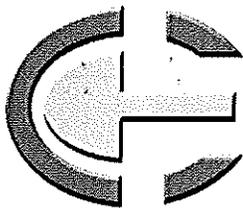
Autorizacion de facturación de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 156bdf08d7613dcba7f89e3b3128e7e69a814215ddf9a4b46d04b38b40380738987b01f09331dc4f86fbeb6a1b5a5b1

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

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



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

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

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

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoreteneedores de Renta

*Autoreteneedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2024.03.21	16:22:30	2024.04.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 58724

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
LABORATORIOS											
19290	SUERO, URINA Y OTROS	2024.02.13	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.02.13	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.02.13	903841						1	20,700	20,700
19749	NITROGENO UREICO	2024.02.13	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.02.13	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.02.13	902049						1	48,500	48,500
19959	TROPONINA T	2024.02.13	903438						1	105,900	105,900
OTROS											
36100	CONSULTA ESPECIALIZADA	2024.02.14	890204			MIP			1	58,400	58,400
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.02.14	890402			JCO			1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.02.14	890302			HJC			1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.02.13	890701			JAB			1	81,400	81,400

VALOR BRUTO:	4,183,410	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	4,183,410
---------------------	------------------	--------------------------	----------	-------------------------	------------------

SON: CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE.....

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.03.21 04:26:30 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 156bdf08d7613dcba7f89e3b3128e7e69a814215ddf9a4b46d04b38b40380738987b01f09331dc4f86fbeb6a1b5a5b1

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

34

FACTURA:	58724	
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9		
ABONO	\$	-
GLOSA ACEPTADA	\$	-
SALDO	\$	4,183,410
 DIEGO A. RODRIGUEZ		
CARTERA		





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

ENT 9

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON No. Radicado
Fecha Radicaci3n:

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

 RG
No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG) Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 58724

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

TRUJILLO DE FIERRO
1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
MARIA OFELIA
1er. Nombre 2do. Nombre

Tipo de Documento:

CC	CE	PA	TI	RC	AS	MS	PT
----	----	----	----	----	----	----	----

 No. Documento: 26511197
De: 41349 Fecha de Nacimiento: 1940/02/12 Sexo: F M
Direcci3n: CALLE 6 N 7 06
Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3212608611
Municipio: HOBO Cod. 349
Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

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

Naturaleza del Evento:
Accidente de Transito
Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Hurac3n
Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
Terroristas: Explosi3n Masacre Mina Antipersonal Combate
Incendio Ataques a Municipios Desplazados
Otros Cual?
Direcci3n de la Ocurrencia: CALLE 6 FRENTE ESQUINA DE LA IGLESIA
Fecha Evento/Accidente: 2024/02/13 Hora: 18:00
Departamento: HUILA Cod. 41
Municipio: HOBO Cod. 349 Zona: U R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUE ES ARROLLADA POR LA MOTO CON PLACA EWF11G Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Seguro: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. P3liza falsa Vehiculo en Fuga
Marca: VICTORY Placa: EWF11G
Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
Vehiculo de Servicio diplom3tico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci3n de la Auto. Si No
Poliza SOAT No 8114069200 Cobro excedente P3liza Si No
Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/07/8 Hasta: 2024/07/7

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

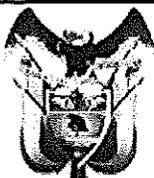
ROMERO RAMOS
1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
FARITH
1er. Nombre 2do. Nombre

Documento de identidad:

CC	CE	PA	NIT	TI	RC
----	----	----	-----	----	----

 No. Documento 12325169
Direccion: CLL 6 N 7 06
Departamento: HUILA Cod. 41
Municipio: HOBO Cod. 349 Telefono: 3142477605 Total Folios: 0

3+



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

ROMERO		RAMOS	
1er.Apellido		2do.Apellido	
FARITH			
1er.Nombre		2do.Nombre	
Tipo de Documento:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS	No. Documento	12325169
Dirección:	CLL 6 N 7 06	Cod. 41	Teléfono: 3142477605
Departamento:	HUILA	Cod. 349	
Municipio:	HOBO		

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisión <input checked="" type="checkbox"/>	Orden servicio	<input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión:	2024/02/13 a las 18:42		
Prestador que remite:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL	Código de inscripción:	413490048401
Dirección:	Carrera 9 No 5-41	Teléfono:	8384053
Profesional que Remite:	ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIG	Cargo:	MEDICO GENERAL
Fecha de Aceptación:	2024/02/13 a las 18:57		
Prestador que recibe:	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA	Código de inscripción:	410010046601
Dirección:	CALLE 18 N 6-65	Teléfono:	8756349
Profesional que recibe:	JHOAN ALBEIRO BAZAN	Cargo:	MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehículo: Placa No. _____

Transporto la víctima desde : _____ Hasta : _____

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

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

Fecha de ingreso:	2024/02/13 a las 21:12	Fecha de Egreso:	2024/02/14 a las 18:41
Diagnostico presuntivo de Ingreso	T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	Diagnostico presuntivo de Egreso	T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
Diagnostico definitivo de Ingreso	S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y	Diagnostico definitivo de Egreso	S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y
Diagnostico relacionado de Ingreso	S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE	Diagnostico relacionado de Egreso	S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE
JHOAN	1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante	ALBEIRO	2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante
BAZAN	1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante		2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
Tipo Documento:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento	1061724214
		Nºmero de Registro de MÚdico	1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4183410	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

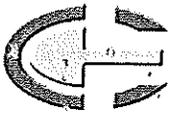
El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

36



EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2024.02.13 HORA DE INGRESO: 21:12
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2024.02.14 HORA DE EGRESO: 18:41
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
CONFIRMADO: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO1: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 24.02.13-22:05:41 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUE ES ARROLLADA POR LA MOTO CON PLACA EWF11G Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAI DO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: HOBO VALORADO A LAS: 21+12 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 13/02/2024 SIENDO APROXIMADAMENTE LAS 18 :00 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL CON: DIPIRONA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTAS . AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRAR NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

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

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 150/80 FC: 76 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 144 PESO: 72 IMC: 35 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

Normocéfala, DOLOR A LA PALPACION TEMPOROPARIETAL Y FRONTAL DERECHO, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictéricas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara AUMENTO DE VOLUMEN EQUIMOSIS PERIORBITARIO, DOLOR HEMICARA DERECHA, LIMITACION APERTURA ORAL DOLOR EN MAXILAR INFERIOR.

<<CUELLO>>

Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, DOLOR A LA PALPACION.

<<TORAX>>

Tórax no signos de dificultad para respirar, no lesiones físicas externas, DOLOR A LA PALPACION ANTERIOR, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197

SEXO: FEMENINO

DIRECCION: CALLE 6 N 7 06

FCHA.NACTO: 1940.02.12

EDAD: 84 A

CIUDAD: HOBO

TEL: 3212608611

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

<<ABDOMEN>>

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

<<GENITOURINARIO>>

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

<<PELVIS>>

Pelvis estable sin signos de trauma DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO DERECHO A NIVEL ANTEBRAZO -PALMAR Y SURO-PEDICO IZQUIERDO PRESENTA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO DE MALA CALIDAD SE RETIRA, DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN BRAZO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO, AMBAS RODILLAS. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

<<NEUROLOGICO>>

Alerta orientada. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. CEFALEA 8/10 No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

<<PIEL>>

ABRASIONES LIMPIAS EN: ANTEBRAZO IZQUIERDO.

<<FANERAS>>

Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA PARACLINICOS:

1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - GLICEMIA, 6 - TROPONINA.

TAC CEREBRAL SIMPLE

TAC DE CARA

TAC MAXILAR INFERIOR

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

RADIOGRAFIA DE HUMERO IZQUIERDO

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA

RADIOGRAFIA DE PELVIS

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

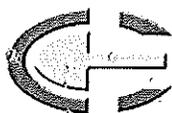
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

** PLAN DE MANEJO:

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 3 HORAS, REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDAD DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 12 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

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: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9%X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS.
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA Y NEUROCIRUJANO.
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 24.02.13-23:55:48 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

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

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

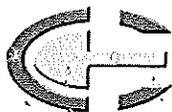
TAC DE CARA: IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA EN AREA MALAR DERECHA OCUPACION SENO MAXILAR DERECHO.

TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA**

DOC.IDENT: CC 26511197

SEXO: FEMENINO

DIRECCION: CALLE 6 N 7 06

FCHA.NACTO: 1940.02.12

EDAD: 84 A

CIUDAD: HOBO

TEL: 3212608611

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

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

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

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

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

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

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

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

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

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL): SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES.

**** FECHA: 24.02.14-06:44:46 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

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

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 140/80 FR: 18 T: 36.5, P: 70 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, HIDRATADA, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACION POR ESPECIALISTAS, PACIENTE CON TRAUMA IMPORTANTE FACIAL ESTABLE SS VALORACION POR MAXILOFACIAL, AHORA CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

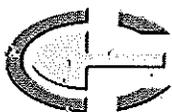
PARACLINICOS DE: 14/02/2024

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 15.07 %NEUTROFILOS: 84.8 %LINFOCITOS: 10.2 HEMOGLOBINA: 11.0 %HEMATOCRITO: 32.2 MCV: 85.3 MCH: 29.0 PLAQUETAS: 243.000 TROPONINA: 0
GLICEMIA: 122.0 TIEMPOS: TP: 13.60 TPT: 30.90 INR: 1.15 CREATININA: 1.0 BUN: 14.0

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

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

PENDIENTE VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA Y NEUROCIRUGIA.



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA**

DOC.IDENT: CC 26511197

SEXO: FEMENINO

DIRECCION: CALLE 6 N 7 06

FCHA.NACTO: 1940.02.12

EDAD: 84 A

CIUDAD: HOBO

TEL: 3212608611

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

SS VALORACION POR MAXILOFACIAL.
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 24.02.14-10:07:03 MEDICO: / (DR(A). HJG - 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 POLITRASUMATISMOS ,
AL EXAMEN FISICO: CON EDEMA EQUIMOSIS EN DOROS DE PIE , PIERA RODILLA IZQUIERDA ADEMAS EN CARA NEUROVASCULAR
NORMAL.

RX NORMALES

DX: POLITRAUMATISMO.

PLAN: SALIDA

ANALGESICOS AMBULATORIOS

CONTROL EN 15 DIAS

**** FECHA: 24.02.14-11:48:13 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)**

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

**** EVOLUCION:**

PACIENTE FEMENINO DE 84 AÑOS DE EDAD INTERCONSULTADA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS POR POLITRAUMATISMO POR
ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON AL SER ARROLLADO POR MOTOCICLETA.
AL EXAMEN CLINICO SIGNOS VITALES ESTABLES. PACIENTE ALERTA ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. PRESENTA ASIMETRIA
FACIAL DADA POR EDEMA EN HEMICARA DERECHA. OCLUSION PALPEBRAL DERECHA DEL 100% ASOCIADO A EQUIMOSIS BIPALPEBRAL Y
EN REGION FRONTAL. NO ES POSIBLE EVALUAR ESCALONES OSEOS POR EDEMA. SE REALIZA APERTURA FORZADA OCULAR Y SE
EVIDENCIAN MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS SIN EVIDENCIA DE ATRAPAMIENTO.

EN TOMOGRAFIA DE CARA CORTES AXIALES SE EVIDENCIA HEMOSENSO DERECHO, TRAZO DE FRACTURA DE PARED MEDIAL Y LATERAL
DE SENO MAXILAR DERECHO NO DESPLAZADO. SE EVIDENCIA TRAZO DE FRACTURA NO DESPLAZADO E INCOMPLETO EN HUESO FRONTO
DERECHO.

SE CONSIDERA PACIENTE CON TRAUMA FACIAL, CON TRAZOS DE FRACTURA QUE EN EL MOMENTO NO SE CONSIDERA REQUIEREN
MANEJO QUIRURGICO.

SE INDICA ALTA POR CIRUGIA MAXILOFACIAL.

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 1 MES.

SE CIERRA INTERCONSULTA.

**** FECHA: 24.02.14-12:52:07 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

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

**** PLAN DE MANEJO:****** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 30 DIAS CON EL DRA. MILDRED PEREZ (MAXILOFACIAL)
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR CUERVO (ORTOPEDIA)
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

- 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 RASPONES O PELADURAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMEDRAS, COCINA), LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS

**** FECHA: 24.02.14-17:50:10 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 COMPAÑIA DE FAMILIAR QUIEN REFIERE VERLA ESTABLE, EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 128/72 FR: 19 T: 36.1, FC: 79 SATO2: 96% 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 PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:

CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 24.02.14-18:37:32 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 SER ARROLLADA POR VEHICULO MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO PEATON CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO), ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO DE 1ER NIVEL QUE REMITE A NUESTRA INSTITUCION PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, EQUIMOSIS EN CARA
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 CON ANALGESICOS

***** RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA ****



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

USTED HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, NO EXISTIENDO EN EL MOMENTO ACTUAL SIGNOS DE AFECTACIÓN NEUROLÓGICA QUE INDIQUEN GRAVEDAD EN EL PROCESO, PERMITIENDO SU ESTADO ACTUAL SER DADO DE ALTA.

SIN EMBARGO, DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE:

1. HASTA POR 3 MESES USTED PUEDE PRESENTAR FALTA DE CONCENTRACIÓN, MAREOS, CANSANCIO, DOLOR DE CABEZA LEVE, TRASTORNOS DEL SUEÑO, IRRITABILIDAD, ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO.
2. PUEDEN APARECER EN EL TRANCURSO DE LAS PRÓXIMAS HORAS O DÍAS DE LA SALIDA DE LA CLINICA, NUEVOS SÍNTOMAS QUE INDIQUEN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES, INICIALMENTE NO PREVISIBLES.
3. EL PACIENTE DEBERÁ PERMANECER ACOMPAÑADO TRAS SU ALTA HOSPITALARIA DURANTE, AL MENOS LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS, PARA PODER DETECTAR CUALQUIER COMPLICACIÓN. SI DURANTE ESTE PERIODO APARECIERAN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (SIGNOS DE ALARMA) DEBERÁ ACUDIR INMEDIATAMENTE A LA CLÍNICA:

" SOMNOLENCIA O DIFICULTAD PARA DESPERTAR AL PACIENTE (EL PACIENTE DEBERÁ SER DESPERTADO CADA DOS HORAS DURANTE PERÍODOS DE SUEÑO).

" APARICIÓN DE NAUSEAS O VÓMITOS DE REPETICIÓN.

" CONVULSIONES.

" CONFUSIÓN O DISMINUCIÓN PROGRESIVA DEL NIVEL DE CONCIENCIA.

" DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PROGRESIVO, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.

" PÉRDIDA DE FUERZA EN ALGUNA PARTE DE SU CUERPO.

" COMPORTAMIENTO EXTRAÑO.

" DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.

" ALTERACIONES VISUALES (VISIÓN BORROSA, VISIÓN DOBLE ETC.) O APARICIÓN DE MOVIMIENTOS ANORMALES DE LOS OJOS, DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PÚPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).

4. LO QUE NO PUEDE HACER:

" NO TOMAR MEDICAMENTOS QUE PUEDAN INDUCIR AL SUEÑO.

CITA CONTROL EN 15 DIAS PARA TOMA DE TAC DE CRANEO

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 24.02.14-18:41:52 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)**

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

**** EVOLUCION:**

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISÓ ESTUDIO IMAGENOLÓGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, CLÍNICAMENTE CON MEJORA SINTOMÁTICA, VALORADO POR ESPECIALIDADES, SE BRINDA MANEJO MÉDICO, 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 INSTITUCIÓN DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**** PLAN DE MANEJO:**

**** OTROS:**

***** RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA DE TCE ****



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197	SEXO: FEMENINO	DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12	EDAD: 84 A	CIUDAD: HOBO
EST.CIVIL: SOLTERO	RH: O+	TEL: 3212608611

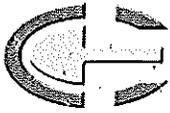
USTED HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, NO EXISTIENDO EN EL MOMENTO ACTUAL SIGNOS DE AFECTACIÓN NEUROLÓGICA QUE INDIQUEN GRAVEDAD EN EL PROCESO, PERMITIENDO SU ESTADO ACTUAL SER DADO DE ALTA.

SIN EMBARGO, DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE:

1. HASTA POR 3 MESES USTED PUEDE PRESENTAR FALTA DE CONCENTRACIÓN, MAREOS, CANSANCIO, DOLOR DE CABEZA LEVE, TRASTORNOS DEL SUEÑO, IRRITABILIDAD, ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO.
2. PUEDEN APARECER EN EL TRASCURSO DE LAS PRÓXIMAS HORAS O DÍAS DE LA SALIDA DE LA CLINICA, NUEVOS SÍNTOMAS QUE INDIQUEN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES, INICIALMENTE NO PREVISIBLES.
3. EL PACIENTE DEBERÁ PERMANECER ACOMPAÑADO TRAS SU ALTA HOSPITALARIA DURANTE, AL MENOS LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS, PARA PODER DETECTAR CUALQUIER COMPLICACIÓN. SI DURANTE ESTE PERIODO APARECIERAN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (SIGNOS DE ALARMA) DEBERÁ ACUDIR INMEDIATAMENTE A LA CLÍNICA:
 - " SOMNOLENCIA O DIFICULTAD PARA DESPERTAR AL PACIENTE (EL PACIENTE DEBERÁ SER DESPERTADO CADA DOS HORAS DURANTE PERÍODOS DE SUEÑO).
 - " APARICIÓN DE NAUSEAS O VÓMITOS DE REPETICIÓN.
 - " CONVULSIONES.
 - " CONFUSIÓN O DISMINUCIÓN PROGRESIVA DEL NIVEL DE CONCIENCIA.
 - " DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PROGRESIVO, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
 - " PÉRDIDA DE FUERZA EN ALGUNA PARTE DE SU CUERPO.
 - " COMPORTAMIENTO EXTRAÑO.
 - " DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
 - " ALTERACIONES VISUALES (VISIÓN BORROSA, VISIÓN DOBLE ETC.) O APARICIÓN DE MOVIMIENTOS ANORMALES DE LOS OJOS, DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).}
 - " SANGRADO O APARICIÓN DE LÍQUIDO ACUOSA POR ALGÚN OÍDO O LA NARIZ.
4. LO QUE NO PUEDE HACER:
 - " NO TOMAR NINGÚN TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS
 - " NO TOMAR MEDICAMENTOS QUE PUEDAN INDUCIR AL SUEÑO.
 - " NO HACER EJERCICIO
 - " NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS
 - " NO TRASNOCHAR
 - " NO ANDAR EN MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

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*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 JOHNSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR TRES VECES POR DIA POR UNA SEMANA*
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINAR EL TIEMPOINDICADO POR SU MEDICO.



EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTICO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

SIGNOS DE ALARMA:

TIENE DOLOR AGUDO, ESTA CON MUCHA LIMITACION FUNCIONAL, ESTA ROJO, CALIENTE, ESTA MUY HINCHADO, EL DOLOR HA IDO EMPEORANDO HACIENDOSE AGUDO, SI LE OPERARON Y PRESENTA FIEBRE EN LOS PRIMEROS DIEZ DIAS DE CIRUGIA, SI LOS PUNTOS SE LE ABRIERON, SI LE ESTAN SUPURANDO LOS PUNTOS O LA HERIDA, TENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR TORAXICO ENTRE OTROS PARA RECONSULTAR*

**** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:**

SE SOLICITA TAC DE CRANEO SIMPLE DE CONTROL EN 15 DIAS

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON NEUROCIRUGIA

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 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

CEFALEXINA 500 MG , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6 DIAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

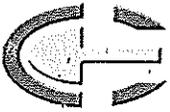
**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.14-18:41:30 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. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197	SEXO: FEMENINO	DIRECCION: CALLE 6 N 7 06	
FCHA.NACTO: 1940.02.12	EDAD: 84 A	CIUDAD: HOBO	TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO	RH: O+		

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		
RELACIONADO 1: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA		
RELACIONADO 2: S300 - CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS		

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

Jhoan Albeiro Bazan C.
Medico Cirujano
UNICAUCA
E.M.A. 1.061.724.214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ADMISION No. 174885

PACIENTE: 26511197 TRUJILLO FIERRO MARIA OFELIA

EDAD: 84 No. CAMA:

DIRECCION: CALE 6 N 7-06

TELEFONO: 3212608611

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : miércoles, 14 de febrero de 2024						
14:06:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPÓLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:06:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:06:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 4.00



MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar



202402140001

TRUJILLO FIERRO MARIA OFELIA



202402140001

Documento : CC26511197 Género : Femenino Sede : Servicio : URGENCIA
 F. Nacimiento : 1940-12-15 Edad : 83 Años Entidad : CLINICA DE FRACTURAS
 Dirección : Teléfono : Municipio :
 EPS : F. Ingreso : 2024-02-14 12:08:52 am F. Impreso : 2024-02-14 01:31:20 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLÓGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	15.07	x 10 ³ /ul	
Recuento de Globulos Rojos	3.78	x 10 ⁶ /ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	11.0	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	32.2	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	85.3	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	29.0	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.0	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	243	x 10 ³ /ul	150 - 450
Neutrofilos %	84.8	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	10.2	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	4.5	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	0.50	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	12.78	x 10 ³ /ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	1.53	x 10 ³ /ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.68	x 10 ³ /ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.08	x 10 ³ /ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10 ³ /ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	7.9	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	59.2	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	18.6	%	11.5 - 14.5
PDW	15.4		
PCT	0.192	%	

Maria Gicela Ramirez Manrique
 Dra. Gicela Ramirez Manrique
 Bacterióloga
 DE NEIVA

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLÓGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	14.00	mg/dl	7.00 - 17.00
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.	122.0	mg/dl	74.0 - 106.0
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	1.0	mg/dl	0.5 - 1.0

22 VB



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, 2023 y de los meses de **ENERO Y FEBRERO** de 2024, 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 febrero de 2024.

+++++
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 :

4c5c1e12725f12ba9ea25d1bbae0747037c16393fe2687ec830b7c1b13d445e68b86951b62baaf216bf32a9528f3dd4e

Número de Factura: FE-10324

Forma de pago: Crédito

Fecha de Emisión: 06/03/2024

Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario

Fecha de Vencimiento: 05/04/2024

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

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

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Departamento: Huila

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Neiva

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CL 18 6 39

Actividad Económica: 8691

Teléfono / Móvil: 8643405

Correo: mgramirez@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 800110181

Departamento: Huila

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Neiva

Régimen fiscal: O-13

Dirección: CALLE 18 6 65

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 8756349

Correo: radca.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

Ivo	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento digital	Recargo digital	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	IIV	%	
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	HIU	1,00	\$ 12.815.550,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12.815.550,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE FEBRERO DE 2024 DEL 11-20

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-03-06 11:50:15
 Documento generado el: 2024-03-06 11:50:14
 Generado por: Solución Gratuita DIAN
 Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

SUBTOTAL	12.815.850,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
TOTAL BRUTO FACTIVO	12.815.850,00
IVA	0,00
IIC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuestos (-)	0,00
TOTAL NETO INGRESOS (+)	12.815.850,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
TOTAL INGRESOS (+) COP	12.815.850,00

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

NIT: 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT: 900422862-8

LA SUMA DE DOCE MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE (\$ 12,815,550)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2024 (11-20)

ORDEN	Cliente	Historia	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
ANDRÉS FELIPE SANCHEZ BAILON										
202402110001	CLINICA DE FRACTURAS	1007258829	ANDRES	FELIPE	SANCHEZ	BAILON	CC	M	NITROGENO UREICO	\$ 16,500
202402110001	CLINICA DE FRACTURAS	1007258829	ANDRES	FELIPE	SANCHEZ	BAILON	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	\$ 20,700
202402110001	CLINICA DE FRACTURAS	1007258829	ANDRES	FELIPE	SANCHEZ	BAILON	CC	M	Hemograma IV	\$ 34,300
202402110001	CLINICA DE FRACTURAS	1007258829	ANDRES	FELIPE	SANCHEZ	BAILON	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	\$ 49,900
202402110001	CLINICA DE FRACTURAS	1007258829	ANDRES	FELIPE	SANCHEZ	BAILON	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	\$ 48,500
202402110001	CLINICA DE FRACTURAS	1007258829	ANDRES	FELIPE	SANCHEZ	BAILON	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$ 19,800
GILBERTO SANCHEZ DIAZ										
202402110002	CLINICA DE FRACTURAS	1083840529	GILBERTO		SANCHEZ	DIAZ	CC	M	Hemograma IV	\$ 34,300
202402110002	CLINICA DE FRACTURAS	1083840529	GILBERTO		SANCHEZ	DIAZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	\$ 49,900
202402110002	CLINICA DE FRACTURAS	1083840529	GILBERTO		SANCHEZ	DIAZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	\$ 48,500
GLODER ESTIVEN CHAVEZ RAMIREZ										
202402110003	CLINICA DE FRACTURAS	1057603095	GLODER	ESTIVEN	CHAVEZ	RAMIREZ	CC	M	Hemograma IV	\$ 34,300

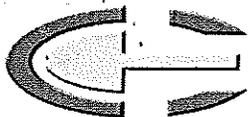
CLINICA DE FRACTURAS	1076985622	YULI	MARTINEZ	CARVAJAL	CC	F	TROPONINA CUANTITATIVA	\$	105,900		
JOSE FERLEY VELASQUEZ PINTO											
202402130056	CLINICA DE FRACTURAS	1003903475	JOSE	FERLEY	VELASQUEZ	PINTO	CC	M	NITROGENO UREICO	\$	16,500
202402130057	CLINICA DE FRACTURAS	1003903475	JOSE	FERLEY	VELASQUEZ	PINTO	CC	M	Hemograma IV	\$	34,300
202402130057	CLINICA DE FRACTURAS	1003903475	JOSE	FERLEY	VELASQUEZ	PINTO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	\$	49,900
202402130057	CLINICA DE FRACTURAS	1003903475	JOSE	FERLEY	VELASQUEZ	PINTO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	\$	48,500
202402130057	CLINICA DE FRACTURAS	1003903475	JOSE	FERLEY	VELASQUEZ	PINTO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$	19,800
ABRAHAM ANTONIO RINCON LOPEZ											
202402130058	CLINICA DE FRACTURAS	80429166	ABRAHAM	ANTONIO	RINCON	LOPEZ	CC	M	NITROGENO UREICO	\$	16,500
202402130058	CLINICA DE FRACTURAS	80429166	ABRAHAM	ANTONIO	RINCON	LOPEZ	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	\$	20,700
202402130058	CLINICA DE FRACTURAS	80429166	ABRAHAM	ANTONIO	RINCON	LOPEZ	CC	M	Hemograma IV	\$	34,300
202402130058	CLINICA DE FRACTURAS	80429166	ABRAHAM	ANTONIO	RINCON	LOPEZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	\$	49,900
202402130058	CLINICA DE FRACTURAS	80429166	ABRAHAM	ANTONIO	RINCON	LOPEZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	\$	48,500
202402130058	CLINICA DE FRACTURAS	80429166	ABRAHAM	ANTONIO	RINCON	LOPEZ	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$	19,800
MARIA OFELIA TRUJILLO FIERRO											
202402140001	CLINICA DE FRACTURAS	26511197	MARIA	OFELIA	TRUJILLO	FIERRO	CC	F	NITROGENO UREICO	\$	16,500
202402140001	CLINICA DE FRACTURAS	26511197	MARIA	OFELIA	TRUJILLO	FIERRO	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	\$	20,700
202402140001	CLINICA DE FRACTURAS	26511197	MARIA	OFELIA	TRUJILLO	FIERRO	CC	F	Hemograma IV	\$	34,300

15

202402140001	CLINICA DE FRACTURAS	26511197	MARIA	OFELIA	TRUJILLO	FIERRO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	\$ 49,900
202402140001	CLINICA DE FRACTURAS	26511197	MARIA	OFELIA	TRUJILLO	FIERRO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	\$ 48,500
202402140001	CLINICA DE FRACTURAS	26511197	MARIA	OFELIA	TRUJILLO	FIERRO	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$ 19,800
202402140001	CLINICA DE FRACTURAS	26511197	MARIA	OFELIA	TRUJILLO	FIERRO	CC	F	TROPONINA CUANTITATIVA	\$ 105,900
NARCISA CAQUIMBO DUSSAN										
202402150025	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	\$ 43,800
202402150025	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR 1	\$ 58,800
NARCISA CAQUIMBO DUSSAN										
202402150018	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	Hemograma IV	\$ 34,300
NARCISA CAQUIMBO DUSSAN										
202402140008	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	NITROGENO UREICO	\$ 16,500
202402140008	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	\$ 20,700
202402140008	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	Hemograma IV	\$ 34,300
202402140008	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	\$ 49,900
202402140008	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	\$ 48,500
202402140008	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$ 19,800
NARCISA CAQUIMBO DUSSAN										
202402150049	CLINICA DE FRACTURAS	36164182	NARCISA		CAQUIMBO	DUSSAN	CC	F	Hemograma IV	\$ 34,300

16

202402200037	CLINICA DE FRACTURAS	1080295139	CRISTIAN	ARLEY	VARGAS	TOVAR	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	\$ 49,900
202402200037	CLINICA DE FRACTURAS	1080295139	CRISTIAN	ARLEY	VARGAS	TOVAR	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	\$ 48,500
202402200037	CLINICA DE FRACTURAS	1080295139	CRISTIAN	ARLEY	VARGAS	TOVAR	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$ 19,800
BRAYAN STEVEN NAVARRETE GARCIA										
202402200038	CLINICA DE FRACTURAS	1075791137	BRAYAN	STEVEN	NAVARRETE	GARCIA	CC	M	NITROGENO UREICO	\$ 16,500
202402200038	CLINICA DE FRACTURAS	1075791137	BRAYAN	STEVEN	NAVARRETE	GARCIA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	\$ 20,700
202402200038	CLINICA DE FRACTURAS	1075791137	BRAYAN	STEVEN	NAVARRETE	GARCIA	CC	M	Hemograma IV	\$ 34,300
202402200038	CLINICA DE FRACTURAS	1075791137	BRAYAN	STEVEN	NAVARRETE	GARCIA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	\$ 49,900
202402200038	CLINICA DE FRACTURAS	1075791137	BRAYAN	STEVEN	NAVARRETE	GARCIA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	\$ 48,500
202402200038	CLINICA DE FRACTURAS	1075791137	BRAYAN	STEVEN	NAVARRETE	GARCIA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$ 19,800
TOTAL										\$ 14,239,500
DESCUENTO DEL 10%										\$ 1,423,950
TOTAL A CANCELAR										\$ 12,815,550



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

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

FECHA EMISION: 24.03.21

HORA: 11:26:24

PAGINA No: 1

Numero: 87217 Fecha Ex. 13/02/24 Hora 17:27

Nombre Paciente: 26511197

TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

Dirección: CALLE 6 N 7 06

Telefono: 3212608611 Edad: 84 A Sexo: F

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea usuales. No hay evidencia de focos de fracturas de cúbito ni de radio en las proyecciones presentadas. Edema de los tejidos blandos del antebrazo.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas. Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose deformidad en hallux valgus. Las demás estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas. Sin embargo, se anotan pinzamiento del espacio articular interfalángico distal de los dedos del pie para correlacionar y controlar.

RADIOGRAFIA DE HUMERO 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 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 de las estructuras óseas de la pierna. Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

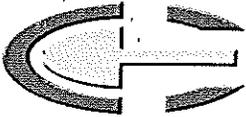
*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose tendencia en la deformidad en genu valgum. Osteofitos de rebordes marginales lateral del platillo tibial externo. Las demás características de la articulación de la rodilla en la proyección AP no muestra otras alteraciones. Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose imagen significativa de tendencia de genu valgum. Los contornos óseos de los cóndilos y los platillos tibiales tienen aspecto satisfactorio. Hay pico óseo de reborde marginal lateral externo del platillo tibial externo de la rodilla derecha. Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA

NIT: 800110181

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

FECHA EMISION: 24.03.21

HORA: 11:26:24

PAGINA No: 2

Numero: 87217 Fecha Ex. 13/02/24 Hora 17:27

Nombre Paciente: 26511197 TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

Dirección: CALLE 6 N 7 06

Telefono: 3212608611 Edad: 84 A Sexo: F

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la columna cervical observándose un alineamiento adecuado de la columna cervical en la proyección AP.

La odontoides tiene disposición central.

En la placa lateral los cuerpos vertebrales tienen altura alineamiento y densidad ósea normales.

Los espacios intervertebrales y los contornos óseos del canal medular están conservados.

La articulación atlóido odontoidea no muestra alteraciones.

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.

RADIOGRAFIA DE PELVIS

*HALLAZGOS

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

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

Las articulaciones coxofemorales tienen aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE 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.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

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

Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

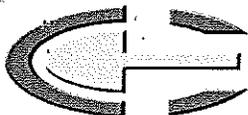
En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región frontal y prioritaria derecha inclusive se extiende hasta la hemicara derecha.

No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.

Hay velamiento extenso del laberinto etmoidal derecho.

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.



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

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

FECHA EMISION: 24.03.21

HORA: 11:26:24

PAGINA No: 3

Numero: 87217 Fecha Ex. 13/02/24 Hora 09:31

Nombre Paciente: 26511197 TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

Dirección: CALLE 6 N 7 06

Telefono: 3212608611 Edad: 84 A Sexo: F

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

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.

Hay importante aumento del espacio subaracnoideo cortical incluyendo las cisternas silbianas que están en relación con cambios compensatorios acordes con la edad del paciente.

Llama la atención la presencia de múltiples calcificaciones pequeñas nodulares ganglios basales bilaterales.

Artefacto hiperdenso focal hacia el aspecto central del hemisferio cerebral derecho.

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:

Nuevamente se advierte edema de tejidos blandos de la región priorbitaria y de la hemicara derecha.

Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.

El contenido de las orbitas esta conservado.

Hay importante edema y enfisema subcutáneo periorbitario derecho rodeando e lóbulo ocular.

El puente nasal y el septum óseo no muestran alteraciones.

El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.

Hay imagen sugestiva de foco de fractura hacia el piso de la pared posterolateral izquierda del seno maxilar derecho.

Ocupación difusa del seno maxilar derecho.

Las apófisis pterigoideas no muestran cambios.

No se advierten otras alteraciones.

TAC MAXILAR INFERIOR

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo los diferentes segmentos del maxilar inferior.

HALLAZGOS:

Las articulaciones temporo mandibulares tienen características normales.

Los cóndilos del maxilar inferior y la superficie articular temporal son normales, la relación articular y el espacio articular esta conservado.

Las ramas ascendentes del maxilar inferior no muestran cambios.

Los ángulos del maxilar inferior son normales.

Las ramas horizontales del maxilar inferior y la sínfisis del mentón tienen aspecto morfológico normal.

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, 13-02-2024

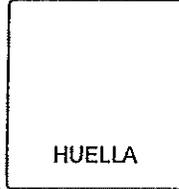
Señores Egudad
Ciudad Neiva

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

Yo Maria Ocelia Trujillo Lemo identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 26511197, 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 Egudad, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

Paciente 
Maria Ocelia Trujillo
 Firma
 Nombre:
 c.c.

Acudiente o Representante 

 Firma
 Nombre:
 c.c.



ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
 CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
 NIT. 813011515-8
 RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
 Desde: 13 de Febrero de 2024 Hasta 13 de Febrero de 2024
 CC 26511197 - MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ

Datos del paciente		Datos de procedencia	
Identificación del paciente		País:	Colombia
Fecha de Nacimiento y Edad:	12/02/1942 - 82 Año(s)	Departamento:	
Género:	Femenino	Municipio:	
RH:	O+		
Discapacidad:	Ninguna	Datos de residencia	
Nivel de escolaridad:	No Definido	Departamento:	Huila
Ocupación:		Municipio:	Hobo
Estado civil:		Dirección:	Mcpio Hobo
Grupo de atención:		Teléfono:	
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores	Administradora	Tipo de usuario
Email:		COMFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO
Responsables del paciente:		EPS S	
Parentesco del responsable:			
Teléfono del responsable:			

Atención: 202402130073	
Fecha y Hora de Ingreso:	13/02/2024 18:29:24
Identificación:	CC 26511197
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT
Paño:	
Servicio de ingreso:	Urgencias Ambulatorio
Datos del acompañante	
Tipo:	Solo
Edad en la atención:	82 Año(s)
Nombre:	MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ
Tipo de Usuario:	Soat
Autorización:	

URGENCIAS

• **Triage**
 Fecha y Hora: 13/02/2024 18:32:26 Profesional: Antonio Rafael Espinoza Rodríguez (medicina.) Identificación: CC 8507987
 Motivo: "LA ATROPELLO UNA MOTO"
 Signos Vitales
 Peso: 72.00 Kg Talla: 154.0 cm MC: 30.36 Kg/m² FC: 80 Min. FR: 20 Min. Temp: 36.20 °C PA: 190/75 TM: 113 Saturación: 97.00 %

Hallazgos Clínicos: VER HCL
 Impresión Diag: V091 PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
 Clasificación: Triage II
 Conducto: Urgencias.

• **Consultas**
 Consulta N°. 0 SEDE: HOBO
 Fecha y Hora: 13/02/2024 18:36:13 Profesional: Antonio Rafael Espinoza Rodríguez (medicina.) Identificación: CC 8507987
 Tipo: (890701) CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL

Anamnesis
 Finalidad: No Aplica
 Motivo de Consulta: "LA ATROPELLO UNA MOTO"
 Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA AL SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TAUJMA CRANEOENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON ANTECEDENTES DE INTERES HTA EN MANEJO MEDICO, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, COMENTA LOS FAMILIARES QUE FUE ARROYADA EN LA CALLE 6 EN LA ESQUINA DE LA IGLESIA DEL MUNICIPIO DE HOBO CON LA MOTO DE PLACA N° EWF11G MARCA VICTORY MODELO 2023 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?

Antecedentes
 Planific: No
 Familiares: SI NO REFIERE
 Personales: SI HTA

Signos Vitales
 Peso: 72.00 Kg Talla: 154.0 Cm Masa Corporal: 30.36 Kg/m² Frecuencia Cardiaca: 80 Min
 Frecuencia Respiratoria: 20 Min Temperatura: 36.20 °C Presión Arterial: 190/75 Tensión media: 113
 Saturación: 97.00 %

Exámen Físico
 Estado General: DECAIDO
 Cabeza: Anormal TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO,
 Cuello: Normal
 Tórax: Normal
 Abdomen: Normal
 G/U: Normal
 Extremidades: Anormal DEFORMIUDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA
 Neurológico: Normal
 Nariz: Normal
 Oídos: Normal
 Boca: Normal
 Ojos: Normal
 Piel: Normal
 Ano: Normal
 Osteomuscular: Anormal LIMITACION A LA DEAMBULACION
 Revisión por Sistema:
 Sintomático Respiratorio: No
 Sintomático de Piel: No
 Sintomático Nervioso: No
 Periférico:

Impreso Por:

10



ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
 CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
 NIT. 813011615-8
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
 Desde: 13 de Febrero de 2024 Hasta 13 de Febrero de 2024
 CC 26511197 - MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ

Perímetro Abdominal: [50] Normal

Análisis de Laboratorios e Imágenes Diagnósticas

Análisis: CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARUMA CRANEOCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, EPISTAXIS, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA. LA VALORACION SE REALIZA SEGUN LAS RECOMENDACIONES 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 PROTECCION SOCIAL. CON EL LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL SE ATIENDE CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (EPP), TAPABOCAS N°5, CARETA, TRAJE ANTIFLUIDOS, MONOGAFAS, GUANTES, POLAINAS), SUMINISTRADO POR LA ESE. HOSPITAL LOCAL DE HOBO TAMBIEN BIEN SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE PARA EVITAR EL SARS-COV-2/COVID 19.

Diagnóstico		Tipo Diagnóstico
Principal	{Y091} PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	Confirmado Repetido
Relo 1	{S099} TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	Confirmado Nuevo
Relo 2	{S501} CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	Confirmado Nuevo
Relo 3	{S898} OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	Confirmado Nuevo
Relo 4	{R520} DOLOR AGUDO	

Plan de Manejo y Recomendaciones

Destino: REMISION
Recomendaciones: 1. COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSION Y MANEJO POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA 2. TAPON VENOSO 3. DIPIRONA 2 GR IV/ AHORA D'LEIDA Y PASAR LENTA 4. INMOVILIZAR PARTES AFECTADAS 5. VIGILAR ESTADO NEUROLOGICO 6. VIGILAR ESTADO DEL DOLOR 7. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

• Remisiones

Fecha y Hora: 13/02/2024 18:42:25 **Profesional:** Antonio Rafael Espinoza Rodrig.(medicina.)
Remision N° 1
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Institución: XXXXXXXXXXXX **Autorización:** XXXXXXXXXXXX
Acepto: Remision **Nivel de competencia:** Incluir Ambulancia: Si
Modalidad: Nivel de competencia **Motivo:** CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARUMA CRANEOCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE PASA LA SALA DE PROCEDIMIENTO SE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO EN BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PERFUSIO TISULAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES
Observaciones:

• Signos Vitales

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Felo	Saturaci	Profesional
1	HOBO	13/02/2024	19:01:37	72.00	154.0	30.36	80	20	36.20	150/75	113	0	97.00	ANTONIO RAFAEL ESPIN

• Ordenacion

Fecha y Hora: 13/02/2024 19:17:23 **Profesional:** Jarol Bautista Manrique.(auxiliar.) **Identificación:** CC1083840341
Orden: Ambulatoria **Sede:** HOBO

Cod CUPS	Cod SOAT	Nombre	Conf.	Nota
{935304}		Inmovilización miembro superior o inferior total o parcial	1	0
{531302}		TRASLADO DE AMBULANCIA INTERMUNICIPAL NOCTURNO AUXILIAR	1	0

Observaciones:

• Prescripción

Fecha y Hora: 13/02/2024 19:17:26 **Profesional:** Jarol Bautista Manrique.(auxiliar.) **Identificación:** CC 1083840341

Codigo	Nombre	Cantidad	Via	Cada	A Partir De	Dosis	Entregar
DM0003155	VENDA DE YESO 6X5	NO APLICA	AHOR				2 ROL.
V004154	VENDA ALGODON N. 6*5	NO APLICA	AHOR				4 PAQ.
DM00031553	VENDA ELASTICA 6X5	NO APLICA	AHOR				3 UNI.
DM0000215R1	CATETER YELCOS 20	NO APLICA	AHOR				1 UNI.
DM0001096	TAPON HEPARENIZADO	NO APLICA	AHOR				1 UNI.
N028D0267011	DIPIRONA SOL INY 2.5 GRAMOS SOL INY 2.5G NO APLICA	NO APLICA	AHOR				1 AMP.
V00015691	JERINGA 10 CC	NO APLICA	AHOR				2 UNI.

Observaciones:

Impreso Por:

JAROL BAUTISTA MAHRIQUE
 AUXILIAR DE ENFERMERIA



ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOYO HUILA
 NIT. 813011515-B
 CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
 202402130073 - 1
 SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 13 MES 02 AÑO 2024 Autorización: XXXXXXXXXXXX
 No. de Historia Clínica CC26511197
 Sede ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOYO HUILA Código 413490048401
 Institución a la que se remite _____ Código 0

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres MARIA OFELIA 1er. Apellido TRUJILLO 2do. Apellido ORTIZ Sexo M F
 Documento Identidad C.C. T.I. R.C. No. 26511197
 Dirección MCPIO HOBO Teléfono _____ Edad 82 Año(s)
 Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural _____
 Lugar y Fecha de Nacimiento -12/02/1942
 Estado Civil _____

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 <u>13</u>	M <u>02</u>	A <u>2024</u>	Urgencias <u>X</u>	<u>MEDICINA GENERAL</u>
Fecha de Egreso			Consulta Externa _____	_____
D <u>13</u>	M <u>02</u>	A <u>2024</u>	Hospitalización _____	_____
			Otro _____	_____

Modalidad de Solicitud	Servicio que Remite	Especialidad
Remisión <u>X</u>	Urgencias _____	_____
Interconsulta _____	Consulta Externa _____	_____
Orden de Servicio _____	Hospitalización _____	_____
Apoyo Tecnológico _____	Otro <u>NEUROCIJURGIA</u>	<u>NEUROCIJURGIA</u>

Motivo de Remisión	Médico que Remite
Nivel de Competencia <u>X</u>	Nombre <u>ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIGUEZ</u>
No hay Recurso Humano _____	Firma y Sello
No hay Equipo _____	C.C. <u>8507987</u>
Petición Voluntaria _____	Registro Médico <u>08-4608</u>
Otro _____	

CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TARUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE PASA LA SALA DE PROCEDIMIENTO SE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO EN BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PERFUSIO TISULAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

Nivel de Competencia	1	2	3	4
Nivel que Remite	<u>X</u>	_____	_____	_____
Nivel al que se Remite	<u>X</u>	_____	_____	_____

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)
 Hora Solicitud 18:42 Hora 18 Minutos 42
 Nombre de la persona que solicita la Remisión
ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIG.(MEDICINA J)
 Hora Confirmación 18:42 Hora 18 Minutos 42
 Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)
XXXXXXXXXXXXXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrado por el conductor)
 Hora _____ Minutos _____
 Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
<u>PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO NO ESPECIFICADO</u>	<u>V091</u>
<u>TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO</u>	<u>S099</u>
<u>CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS</u>	<u>S501</u>
<u>OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS</u>	<u>S898</u>
<u>DOLOR AGUDO</u>	<u>R520</u>

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA AL SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARIUMA CRANEOCENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON ANTECEDENTES DE INTERES HTA EN MANEJO MEDICO, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, COMENTA LOS FAMILIARES QUE FUE ARROYADA EN LA CALLE 6 EN LA ESQUINA DE LA IGLESIA DEL MUNICIPIO DE HOBQ CON LA MOTO DE PLACA N° EWF11G MARCA VICTORY MODELO 2023 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(°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
190/75	80	36.20	20	154.0	72.00	

Hallazgos del Examen Físico

DECAIDO, Cabeza:Normal TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, - Cuello:Normal - Torax:Normal - Abdomen:Normal - G/U:Normal - Extremidades:Anormal DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, - Neurológica:Normal - Nariz:Normal - Oidos:Normal - Boca:Normal - Ojos:Normal - Piel:Normal - Ano:Normal - Osteomuscular:Anormal LIMITACION A LA DEAMBULACION

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARIUMA CRANEOCENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, EPISTAXIS, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, LA VALORACION SE REALIZA SEGUN LAS RECOMENDACIONES 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 PROTECCION SOCIAL, CON EL LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL SE ATIENDE CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (EPP), TAPABOCAS N95, CARETA, TRAJE ANTIFLUIDOS, MONOGAFAS, GUANTES, POLAINAS), SUMINISTRADO POR LA ESE, HOSPITAL LOCAL DE HOBQ TAMBIEN BIEN 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
<u>PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO NO ESPECIFICADO</u>	<u>V091</u>
<u>TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO</u>	<u>S099</u>
<u>CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS</u>	<u>S501</u>
<u>OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS</u>	<u>S898</u>
<u>DOLOR AGUDO</u>	<u>R520</u>

Observaciones o Sugerencias

1. COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSION Y MANEJO POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA 2. TAPON VENOSO 3. DIPIRONA 2 GR IV AHORA DILUIDA Y PASAR LENTA 4. INMIBILIZAR PARTES AFECTADAS 5. VIGILAR ESTADO NEUROLOGICO 6. VIGILAR ESTADO DEL DOLOR 7. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

Impreso por:

 JAROL BAUTISTA MANRIQUE
 AUXILIAR DE ENFERMERIA

7



**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	26511197
NOMBRES	MARIA OFELIA
APELLIDOS	TRUJILLO DE FIERRO
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	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/20/2024 15:20:11 | 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*.

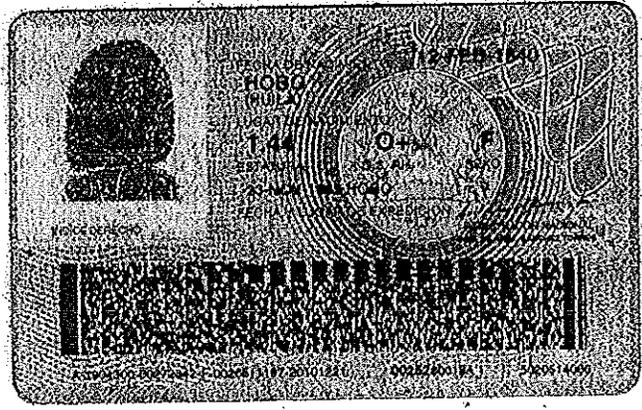
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado 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



INSTITUCION MOVILIDAD
 UNO. MARCA DE REGISTRO: 9022200086597
 LIMITACION A LA PROPIEDAD: 28/08/2022
 FECHA PATRICULA: 28/08/2022
 FECHA VENCIMIENTO: 28/08/2022
 ORGANISMO DE TRÁMITE: INSTITUTO OPTAL HUIA RIVERA



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRANSITO No. 10026474348

PLACA: EWF110	MARCA: VICTORY	LINEA: MRX125	ANOS: 2023
COLOR DE PLACA: 124	COLOR: NEGRO NEBULOSA	CATEGORIA: PARTICULAR	
TIPO DE VEHICULO: MOTOCICLETA	TPO. CARRROCERIA: SIN CARRROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD: 2
NOMBRE DE MOTOR: 25152FM155N100025	SEX: N	TIPO: 80PJ0JL2PK28722	
NOMBRE DE MOTOR: 80PJ0JL2PK28722	SEX: N	NOMBRE DE MOTOR: 80PJ0JL2PK28722	REG: N
NOMBRE: ROMERO RAMOS FARITH		IDENTIFICACION: C.C. 12325189	



**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	12325169
NOMBRES	FARITH
APELLIDOS	ROMERO RAMOS
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/20/2024 15:24:54 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

SOAT



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES Y MATERIALES EN ACCIDENTES DE TRÁFICO

FECHA DE EMPEÑO AÑO / MES / DIA 2023-07-07	VIGENCIA DESDE LAS 09 HORAS DEL 2023-07-08	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL 2024-07-07
--	--	---

Nº DE POLIZA 0114059200	PLACA EWF-11G	CLASE VEHICULO MOTOS	SERVICIO PARTICULAR	RENOVIACIONES 124	SEÑAL 2023
PASAJEROS 2	MARCA VICTORY	LÍNEA VEHICULO MRX125	CARRUCERA		
Nº MOTOR ZS152FM155N300925	Nº CHASIS Nº. ESCRIB 9GFJCLJLJ2PKE26722	Nº VIN 9GFJCLJLJ2PKE26722	CAPACIDAD TON. 0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR ROMERO RAMOS, FARITH		TELÉFONO DEL TOMADOR 3142477605	TPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC	Nº DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 1232516	CERCA DE RESIDENCIA DEL TOMADOR HOBO
CÓDIGO DE ASESURADORA AT1501	COD. DE CURSOS DE EDUCACION 0012	CLAVE PRODUCTOR 891100079302	Nº FORMULARIO 0	EJERCICIO DE PROFESION HOBO	
TARIFA 120	PRIMA SOAT \$ 181700	CONTRIBUCION FOYSGA \$ 01400	TASA RINT \$ 2100	AMPAROS POR VICTIMA A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACIA, ETC	UNIDAD VALOR TRIENITARIO 263,13 701,68 ²
TOTAL ATARAFI \$ 278200				B. RASTRO DE TRÁFICO	UNIDAD VALOR TRIENITARIO
				C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
				D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750

PRIMA 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 verificar que su póliza está registrada en el RINT.
- Este planfo es el momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 185 Decreto Ley 643 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Foysga 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

Al suscribir a la compañía de seguros para que cubra los riesgos de accidente, enfermedad y muerte, a las prestaciones económicas acordadas y demás que considere pertinente, 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 resulta de todas las acciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras, o a sus filiales, en el futuro, así como cantidades, retenciones 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 tendrán 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 y electrónica del responsable del tratamiento de dichos datos.

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:	EWF11G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10026474348	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	MRX125
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFJCLJ2PKE26722	NÚMERO DE MOTOR:	ZS152FMI55N300925
NÚMERO DE CHASIS:	9GFJCLJ2PKE26722	NÚMERO DE VIN:	9GFJCLJ2PKE26722
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROGERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL (DD/MM/AAAA):	28/06/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOENCIADO:	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

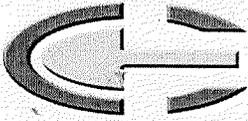
Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad explde SOAT	Estado
8114069200	07/07/2023	08/07/2023	07/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	<input checked="" type="radio"/> VIGENTE
1508004987441000	24/06/2022	25/06/2022	24/06/2023	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	<input type="radio"/> NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

1



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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/05/16

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-FEC1-58724 fechada el día 24.03.21 cuyo paciente es TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

HISTORIA No. 26511197

GLOSA No: ZGL-1-44828

SINIESTRO: 58724

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 4183410.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 4183410.00 FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES FURIPS
 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, CON EL FIN DE PROCEDER AL PAGO TOTAL DE NUESTRA FACTURA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE ESTA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE TANTO EN LA DECLARACION DE SINIESTRO COMO EN EL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES FURIPS HAY TOTAL CONCORDANCIA EN LOS DATOS DE UBICACIÓN DEL LESIONADO, SE ANEXAN NUEVAMENTE FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES FURIPS Y DECLARACION DE SINIESTRO DONDE SE PUEDE EVIDENCIAR CLARAMENTE LOS DATOS DE UBICACIÓN DEL LESIONADO. POR TANTO, LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO TOTAL DE LO FACTURADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	4,183,410.00
VALOR GLOSADO :	4183410.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	4183410.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTD;



IDO

Recibido!

20 de Mayo del 2024

20276680



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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/05/16

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-FEC1-58724 fechada el día 24.03.21 cuyo paciente es TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

HISTORIA No. 26511197

GLOSA No: ZGL-1-44828

SINIESTRO: 58724

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 4183410.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 4183410.00 FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES FURIPS
 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, CON EL FIN DE PROCEDER AL PAGO TOTAL DE NUESTRA FACTURA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE ESTA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE TANTO EN LA DECLARACION DE SINIESTRO COMO EN EL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES FURIPS HAY TOTAL CONCORDANCIA EN LOS DATOS DE UBICACIÓN DEL LESIONADO, SE ANEXAN NUEVAMENTE FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES FURIPS Y DECLARACION DE SINIESTRO DONDE SE PUEDE EVIDENCIAR CLARAMENTE LOS DATOS DE UBICACIÓN DEL LESIONADO. POR TANTO, LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO TOTAL DE LO FACTURADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	4,183,410.00
VALOR GLOSADO :	4183410.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	4183410.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

MARIA LORENA SUAREZ TOLEDO
 QUIEN RESPONDE

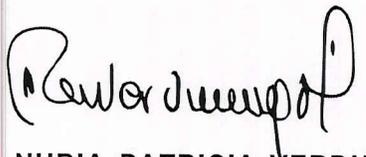
	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT RECIBIDO 30 ABR 2024	No. Egreso 

No.	20262884	No.	192841	Siniestro	90739151	No. Factura	FEC158724		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	13/02/2024	Fecha aviso	18/03/2024	Fecha recepción	02/04/2024	
Fecha formalización	02/04/2024	Fecha liquidación	26/04/2024	Póliza	811406920	Vigencia	08/07/2023	hast	07/07/2024
Id tomador	12325169	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario		CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Id accidentado	26511197	Nombre		MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ					
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante		CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Diagnósticos							Ciuda	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION FURIPS, COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO, CON LOS DATOS CORRECTOS DE UBICACION DEL LESIONADO TENIENDO EN CUENTA QUE LOS APORTADOS SON ERRADOS O NO CORRESPONDEN	100%	4,183,410	4,183,410	0

1001	Cobrado	4,183,410
1002	Obj. Parcial	4,183,410
1003	Liquidado	0

Liquidación:	Revisión:	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
LEIDY.BAQUERO			DRA. CLAUDIA MORENO.



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



Bogotá D.C. Abril 26 de 2024.

OBJEQU-20262884-2024

RECIBIDO 30 ABR 2024

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

Asunto:
Siniestro: 90739151
Afectado: MARIA TRUJILLO ORTIZ
Poliza: AT-1501-8114069200-0
Factura: FEC158724

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:

Formulario unico de reclamacion FURIPS, completamente diligenciado y firmado, con los datos correctos de ubicacion del lesionado teniendo en cuenta que los aportados son errados o no corresponden

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.

Google Formularios



Línea Segura Nacional

Google no cree ni aprueba este contenido.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA



VICILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci#n 01915 28 MAY 2008

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

ERT
g

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado _____
 Fecha Radicaci#n:

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

 RG _____
 No. Radicado Anterior _____ Nro. Factura **FEC1- 58724**
 (Respuesta a glosa, marcar x en RG) _____ Cuenta de Cobro _____

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

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

TRUJILLO / **DE FIERRO**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
MARIA / **OFELIA**
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo de Documento:

CC	CE	PA	TI	RC	AS	MS	PT
----	----	----	----	----	----	----	----

 No. Documento: **26511197**
 De: **41349** Fecha de Nacimiento: **1940/02/12** Sexo: F M
 Direcci#n: **CALLE 6 N 7 06**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3212608611**
 Municipio: **HOBO** Cod. **349**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

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

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Hurac#n
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosi#n Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Ataques a Municipios Desplazados
 Otros Cual? _____
 Direcci#n de la Ocurrencia: **CALLE 6 FRENTE ESQUINA DE LA IGLESIA**
 Fecha Evento/Accidente: **2024/02/13** Hora: **18:00**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **HOBO** Cod. **349** Zona: U R
 Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUE ES ARROLLADA POR LA MOTO CON PLACA EWF11G Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. P#liza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **VICTORY** Placa: **EWF11G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplom#tico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigo Aseguradora: **AT1501** intervenci#n de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8114069200** Cobro excedente P#liza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2023/07/8** Hasta: **2024/07/7**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

ROMERO / **RAMOS**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
FARITH / _____
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Documento de identidad:

CC	CE	PA	NIT	TI	RC
----	----	----	-----	----	----

 No. Documento **12325169**
 Direccion: **CLL 6 N 7 06**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **HOBO** Cod. **349** Telefono: **3142477605** Total Folios: **0**



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolución 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

ROMERO ✓ 1er.Apellido	RAMOS ✓ 2do.Apellido
FARITH ✓ 1er.Nombre	 2do.Nombre
Tipo de Documento: <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS	No. Documento 12325169 ✓
Dirección: CLL 6 N 7 06 ✓	Cod. 41
Departamento: HUILA ✓	Teléfono: 3142477605 ✓
Municipio: HOBO ✓	Cod. 349

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisión <input checked="" type="checkbox"/> Orden servicio <input type="checkbox"/>	Fecha de Remisión: 2024/02/13 a las 18:42
Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL ✓	Código de inscripción: 413490048401
Dirección: Carrera 9 No 5-41	Teléfono: 8384053
Profesional que Remite: ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIG ✓	Cargo: MEDICO GENERAL ✓
Fecha de Aceptación: 2024/02/13 a las 18:57 ✓	
Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA ✓	Código de inscripción: 410010046601 ✓
Dirección: CALLE 18 N 6-65	Teléfono: 8756349
Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN	Cargo: MEDICO GENERAL ✓

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehículo: Placa No.

Transporto la víctima desde: Hasta:

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

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

Fecha de ingreso: 2024/02/13 a las 21:12	Fecha de Egreso: 2024/02/14 a las 18:41
Diagnostico presuntivo de Ingreso T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	Diagnostico presuntivo de Egreso T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
Diagnostico definitivo de Ingreso S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y	Diagnostico definitivo de Egreso S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y
Diagnostico relacionado de Ingreso S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE	Diagnostico relacionado de Egreso S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE
JHOAN 1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante	ALBEIRO 2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante
BAZAN 1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante	 2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
Tipo Documento <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento 1061724214
	Número de Registro de MÚdico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4183410	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

36

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Mono Ofelia Trujillo Fierro No. Documento de Identidad 26511197
Edad 84 Sexo F Dirección Domicilio Cle 6 # 7-06 Ciudad Hob Teléfono 3212608611
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Franz Romero Romo No. Documento de Identidad 12325169
Edad _____ Sexo M Dirección Domicilio Cle 6 # 7-06 Ciudad Hob Teléfono 3142477605
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca Victory Placa EW F 11 G Vehículo Motocicleta
3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 8114069200

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 13-02-2024 Hora 18:00

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente <u>Calle 6 front esquina de 19</u> <u>19tena</u>
Conductor _____	
Ocupante <u>X</u>	
Peatón <u>X</u>	

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

yo Mono Ofelia Trujillo Fierro iba como peaton y soy amolado por la moto con placa EW F 11 G, como sufrido lesiones dorsales

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Mono Ofelia Trujillo Fierro identificado con c.c. 26511197

declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 13-02-2024 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Maria Geelica Trujillo
Firma Víctima
Nombre



Firma Acompañante
Nombre



Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

Impreso el 3 de 12 de 2024 a las 08:32:21 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. FEC158724

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-03-21 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
156bdff08d7613dcba7f89e3b3128e7e69a814215ddf9a4b46d0
4b38b40380738987b01f09331dc4f86fbeb6a1b5a5b1

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4183410

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2024-04-20 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
bd63e9e707fecec05a915e337677a0732ce4aa84ad163a5ee76
11718a009c01b54cf30a2e84bccdd8717e9e50221a72a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-03-21 04:26:30.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



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



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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC158724

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-03-21 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
156bdf08d7613dcba7f89e3b3128e7e69a814215ddf9a4b46d0
4b38b40380738987b01f09331dc4f86fbeb6a1b5a5b1

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

CUDE:
cf1285adfa3d345ceb09cd793ea9fae49b98c155c445e34b5abe
bb96144e9cd466adfae9d8f8777b58e33efb77a02d9b

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-03-21 09:35:24.000 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:
4dfbe8ffe0260612621a8a6ddeda7e4fb710cd0a8965c0bce2ed7
b78c54efd19a99b56338402222c84f502b7b94b2fc2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-03-23 06:37:53.000 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



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. FEC158724

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-03-21 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
156bdff08d7613dcba7f89e3b3128e7e69a814215ddf9a4b46d0
4b38b40380738987b01f09331dc4f86fbeb6a1b5a5b1

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
daee72d75d3dbbff89e9f13b28b5e8c26542f8a2740ffc17f2654a
1c95409959615c04c05105b986b941b2461cfb2c1c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-03-23 06:38:06.000 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: 12/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA.

NIT: 800110181-9

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

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

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta

*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.06.11	17:00:26	2024.07.11

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 60835

ENTIDAD RESPONSABLE	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
(AT1501) NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 177093
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
		2024.03.27 - 18:28 2024.03.27 - 20:07

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1075253816 CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

EDAD : 32 Años

DIRECCION: CALLE 1 C N 21 118

NEIVA

TELEFONO: 3214704044

OBSERVACIONES:

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

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

010101	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500

MEDICAMENTOS

19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
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	2024.03.27	873206	APG					1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.03.27	873206	APG					1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.03.27	873121	APG					1	90,400	90,400

OTROS

39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.03.27	890302	HJC					1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.03.27	890701	SAP					1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.03.27	S22101	BRC					1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	434,116	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	434,116
--------------	---------	-------------------	---	------------------	---------

SON: CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO DIEZ Y SEIS PESOS M/CTE.*****

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.06.11 05:06:34 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 6e329998413db0b28eb4924100a0b2c75e16cfdbb3d3871ad3c6ffdb214ce68ddca44c767daa0c4a7190a64f87070ec9

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:	60835
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ -
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 434,116
 1650 A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





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

Usuario **JHAN CARLOS VILLA FRANCO** No.Radicado

Fecha Radicacion:

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- 60835**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA**

Codigo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

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

CUMBE **DUSSAN**

1er.Apellido o Razon Social **2do.Apellido**

LUIS **EDUARDO**

1er.Nombre **2do.Nombre**

Tipo de Documento:

<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> PE	<input type="checkbox"/> SC	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> DE
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

 No. Documento: **1075253816**

De: **41001** Fecha de Nacimiento: **1991/05/24** Sexo:

<input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> O
----------------------------	---------------------------------------	----------------------------

Direccion: **CALLE I C N 21 118**

Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3214704044**

Municipio: **NEIVA** Cod. **001**

Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito

Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Huracbn

Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural

Rayo Vendaval Tornado

Terroristas: Explosi%n Masacre Mina Antipersonal Combate

Incendio

Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direccion de la Ocurrencia: **CALLE 5 CON CARRERA 21**

Fecha Evento/Accidente: **2024/03/27** Hora: **18:11**

Departamento: **HUILA** Cod. **41**

Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Zona:

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PLL17G, PIERDE EL CONTROL AL SER COLISIONADO POR UN CARRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. Poliza falsa Vehiculo en Fuga Aseg. D.2497

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. No Aseg. Sin PLaca Marca: **AKT** Placa: **PLL17G**

Tipo de Vehiculo: Automovil Bus Buseta Camion Camioneta

Campero Microbus Tractocamion Motocicleta Motocarro

Mototriciclo Cuatrimoto Moto extranjera Vehic. Extranjero Volqueta

Codigo Aseguradora: **AT1501** intervencion de la Auto. Si No

Poliza SOAT No **8109633100** Cobro excedente Poliza Si No

Vigencia de la Poliza: Desde: **2023/04/29** Hasta: **2024/04/28**



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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

YAIME OLAYA
1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido

JHOJAN DAVID
1er.Nombre 2do.Nombre

Documento de identidad: CC CE NIT CD PT PE SC DE TI No. Documento 1003813007

Direccion: CLL 1G N 32 45

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3208320782 Total Folios:

Municipio: NEIVA Cod. 001

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

YAIME OLAYA
1er.Apellido 2do.Apellido

JHOJAN DAVID
1er.Nombre 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC CE AS MS PA RC TI PT PE SC CD DE No. Documento 1003813007

Direccion: CLL 1G N 32 45

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3208320782

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision Orden servicio

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo: Placa Ambulancia:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente 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 Basica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victima Zona:

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

Fecha de ingreso: 2024/03/27 a las 18:28 Fecha de Egreso: 2024/03/27 a las 20:07

Diagnostico presuntivo de Ingreso Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Ingreso Diagnostico definitivo de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico relacionado de Ingreso Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

SERGIO ANDRES
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante 2do.Apellido del Medico o Profesional tratante

PERDOMO VARGAS
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante 2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento: CC CE PA PT PE No. Documento 1075287614

Número de Registro de Medico 1075287614



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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	434116	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 descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Republica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 63222

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

DOC.IDENT: CC 1075253816 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 1 C N 21 118
FCHA.NACTO: 1991.05.24 EDAD: 33 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3214704044
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: B+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2024.03.27 HORA DE INGRESO: 18:28
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2024.03.27 HORA DE EGRESO: 20:07
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 24.03.27-18:35:26 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 MOTO CON PLACA PLL17G, PIERDE EL CONTROL AL SER COLISIONADO POR UN CARRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 18+25
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

**** REVISION POR SISTEMAS:**
NIEGA

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 115/76 FC: 82 FR: 20 TEMP: 36.1 TALLA: 172 PESO: 75 IMC: 25 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. NO DOLOR EN MACIZO FACIAL, NO DOLOR A LA APERTURA ORAL.

<<CUELLO>>

MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR

<<TORAX>>

SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO LESIONES EXTERNAS, NO PRESENTA DISNEA SUBJETIVA, NO DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, NO ALTERACION DE MECANICA RESPIRATORIA.

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO LESIONES EXTERNAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

<<GENITOURINARIO>>

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL



EPICRISIS No. 63222

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

DOC.IDENT: CC 1075253816 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 1 C N 21 118
FCHA.NACTO: 1991.05.24 EDAD: 33 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3214704044
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: B+

<<PELVIS>>

PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS. MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO: DOLOR A LA PALPACION EN BRAZO DISTAL, CODO Y ANTEBRAZO 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, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, NO CEFALEA, NO PERDIDA DE LA CONSCIENCIA

<<PIEL>>

ABRASIONES EN ANTEBRAZO IZQUIERDO

<<FANERAS>>

NORMAL, SIN LESIONES

**** 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

- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- 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 CON IMAGENES
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 24.03.27-18:51:06 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: 18:37 / 18:47 DURACION: 00:10



EPICRISIS No. 63222

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

DOC.IDENT: CC 1075253816 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 1 C N 21 118
FCHA.NACTO: 1991.05.24 EDAD: 33 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3214704044
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: B+

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ANTEBRAZO 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 CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 24.03.27-19:53:16 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

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

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

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

**** FECHA: 24.03.27-19:53:47 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 AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA IMAGENES ENCONTRÁNDOSE NORMALES, PACIENTE PERSISTE CON SINTOMATOLOGIA POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR TRAUMATOLOGO EN EL MOMENTO ESTABLE, PARCIAL CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR AHORA CONTINUAR EN VIGILANCIA CLINICA INTRAHOSPITALARIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

PLAN:

DEJAR EN OBSERVACION.
SS VALORACION POR TRAUMATOLOGIA.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.
CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CUALQUIER ALTERACION.

**** FECHA: 24.03.27-19:57:13 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEdia)**

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

** EVOLUCION:

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON DIAGNÓSTICOS DE:

1 ---CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES.

SIGNOS VITALES ESTABLES: TA: 120/80 FR: 18 RPM, T: 36.8 GRADOS, SATO: 95% PULSO: 79 LXM.
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.



EPICRISIS No. 63222

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

DOC.IDENT: CC 1075253816 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 1 C N 21 118
FCHA.NACTO: 1991.05.24 EDAD: 33 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3214704044
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: B+

VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.

NO SANGRADO ACTIVO.

ABDOMEN SIN DOLOR.

PELVIS ESTABLE.

NEUROLOGICAMENTE ESTABLE.

PIEL: ABRASIONES LIMPIAS.

A NIVEL DE: ANTEBRAZO, BRAZO Y CODO IZQUIERDO PRESENTA: LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD, SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL NI AUMENTO DE VOLUMEN, PERFUSION DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS.

RX: NORMALES:

PACIENTE CON MULTIPLES CONTUSIONES Y ABRASIONES, ARTICULACION ESTABLES, ESTUDIOS NORMALES POR LO CUAL SE INICIA MANEJO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO.

CONDUCTA:

1 ---SALIDA CON:

2 --- ANALGESICOS

3 ---CONTROL EN 15 DIAS

4 ---INCAPACIDAD 3 DIAS

5 ---RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA.

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 24.03.27-20:07:02 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 AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA MANEJO INICIAL, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, POR PERSISTENCIA DE DOLOR LIMITACIÓN ES VALORADO POR TRAUMATOLOGÍA QUIEN DESCARTA LESIÓN EN LIGAMENTOS Y ÓSEA POR LO CUAL INDICA MANEJO MÉDICO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO. 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 CONTROL AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: CUERVO.

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.



EPICRISIS No. 63222

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

DOC.IDENT: CC 1075253816 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 1 C N 21 118
FCHA.NACTO: 1991.05.24 EDAD: 33 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3214704044
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: B+

- 1) CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
- 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) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
- 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

MANEJO COMPLEMENTARIO:

- 1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.

**** FECHA: 24.03.27-20:07:31 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: 2024.03.27-20:07:04 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

TIPO

GRADO

CONFIRMADO: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO

RELACIONADO 1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO

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

**DR@. ANGELICA MARIA PRADA
GOMEZ
REG. MED: 55302763**



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 177093

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -177093

Fecha 2024/03/27

Nombre Paciente: CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

- 1075253816 Edad: 32

Sexo: M

Quien Realiza: BRC- BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnósticos Definitivos:

1. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ANTEBRAZO 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 CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

Alexandra
QUIEN REALIZA

Rui S. S. S.
FIRMA DE PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 8-Jun-2024

09:34:4

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:** 2024.03.2 18:28
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 33 Años **Fecha Egreso :**
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1075253816 CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO 1 NIVEL I NEIVA CALLE 1 C N 21 118 3214704044

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.03.27	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	BRC	2.00
2024.03.27	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	BRC	10.00
2024.03.27	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	BRC	10.00
2024.03.27	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	BRC	8.00
2024.03.27	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	BRC	1.00

PACIENTE: 1075253816 CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

EDAD: 32

DIRECCION: CALLE 1 C N 21 118

TELEFONO: 3214704044

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: CIRUGIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-62528

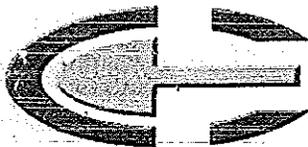
FECHA SINIESTRO: 2024.04.08

N° POLIZA: 0000000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : miércoles, 27 de marzo de 2024						
18:36:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	NRI	
18:36:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	NRI	
18:36:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

No. Identif. 1075253816

Edad. 32

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2024.03.27

FORMULA MEDICA

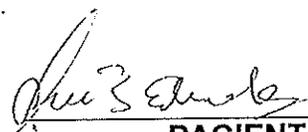
* IBUPROFENO 400 MG TAB

Cant.: 20.00 TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7

MANEJO COMPLEMENTARIO:

1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.

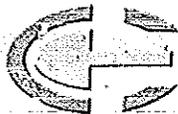

 Juan Alberto Bazán C.
 Médico y Cirujano
 UNICAUGCA
 RM. 1.061.724.214



MEDICO

FARMACIA

PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 -1 -206448

FECHA EMISION:	2024.03.27
HORA:	20:14:32
PAGINA No:	1

USUARIO: CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

FECHA DE PEDIDO: 2024/03/27

DOC.IDENT: CC 1075253816

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
TOTAL CANTIDAD:			20.00


 Recibido Paciente



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia

NIT: 800110181

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

FECHA EMISION: 24.06.08

HORA: 09:35:51

PAGINA No: 1

Numero: 88297 Fecha Ex. 27/03/24 Hora 08:20

Nombre Paciente: 1075253816 CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

Dirección: CALLE 1 C N 21 118

Telefono: 3214704044

Edad: 32 A Sexo: M

Medico: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS

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 usuales.

No hay evidencia de focos de fracturas de cúbito ni de radio en las proyecciones presentadas.

Edema de los tejidos blandos de la mitad proximal del antebrazo.

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

 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, 27/03/2024

Señores Equidad
Ciudad

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

Yo Luis Eduardo Rincón Dasec identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075253816, 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 27/03/2024 a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

Paciente

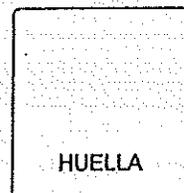
Luis Eduardo Rincón Dasec

Firma
Nombre:
c.c.



Acudiente o Representante

Firma
Nombre:
c.c.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.253.816

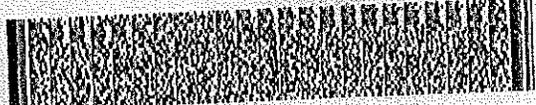
CUMBE DUSSAN
APELLIDOS

LUIS EDUARDO
NOMBRES



Luis Eduardo C


 FECHA DE NACIMIENTO **24-MAY-1991**
NEIVA
 (HUILA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 **B+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
16 JUN 2009 NEIVA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN *Carlos Abel Sánchez Torres*
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES
 NOCE CURECHO



P-1900100 00372294 M-1075253810 20120503 0029777730A 1 37834614

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.003.813.007**

YAIME OLAYA

APELLIDOS
UHOJAN DAVID

SEÑALES

[Fingerprint]

[Signature]

[Portrait]

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-2000**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 **A+** **M**
 ESTATURA B.S. RH SEXO

17-SEP-2018 NEIVA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
 REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS DALFINO VACIA

INDICE DE RECHO

[Barcode]

P-1000100-01051203-M-1003813007-20181210 0063737931A 1 51766043

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029010787

LIBERTAD Y ORDEN

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PLL17G	AKT	AK125NKD EIII	2024
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
124	BLANCO	PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERÍA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
157FM008699E3	N	9F2D51254RB012528	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
*****	N	9F2D51254RB012528	N
PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
YANKE OLAYA JHOJAN DAVID	C.C. 1003813007		

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

902023000061096

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.S

FECHA MATRÍCULA

02/05/2023

FECHA EXP. LIC. TTO.

02/05/2023

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

BLINDAJE *****

POTENCIA HP 10

IIE

FECHA IMPORT. 19/04/2023

PUERTAS 0





LT07002411351

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:	PLL17G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029010787	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2024	COLOR:	BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI008699E3
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51254RB012528	NÚMERO DE VIN:	9F2D51254RB012528
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	02/05/2023
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

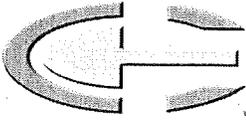
Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<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
8109633100	28/04/2023	29/04/2023	28/04/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	Ⓢ VIGENTE



RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/07/11

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-60835 fechada el día 24.06.11 cuyo paciente es CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

HISTORIA No. 1075253816

GLOSA No: ZGL-1-46195

SINIESTRO: 60835

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 434116.00

JUSTIFICACION:
 999
 GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 434116.00 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:
 999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE ENVIAR INFORME REALIZADO POR LA AUDITORIA INTERNA DE LA ASEGURADORA CON EL FIN DE ACLARECER TIEMPO Y LUGAR DE LOS HECHOS, TODA VEZ QUE REPOZA EN NUESTRO ARCHIVO LA DECLARACION DEL SINIESTRO CON FIRMA Y HUELLA QUE FUE APORTADA POR EL SR LUIS EDUARDO CUMBE DUSSAN VICTIMA DEL SINIESTRO EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA PLL17G, ADEMÁS SE CONTACTA POR VÍA TELEFÓNICA AL SEÑOR JOHAN DAVID YAIME OLAYA CONDUCTOR DEL VEHICULO QUIEN RESULTA SER UN MOTO-TAXI POR EL CUAL NO PUEDE RECORDAR A QUIENES LES PRESTA SU SERVICIO DE TRANSPORTE Y PUEDE HABER DESCONOCIDO EL NOMBRE DEL PASAJERO CON EL QUE SE MOVILIZABA EL DÍA DEL ACCIDENTE. POR LO QUE ESTO NO ES MOTIVO PARA EL NO PAGO DE LA RECLAMACION PUESTO QUE EL PACIENTE SI SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO COMO LO INDICA EN LA DECLARACION DE SINIESTRO.

Cordial saludo

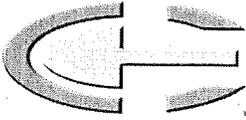
VALOR TOTAL FACTURA:	434,116.00
VALOR GLOSADO :	434116.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	434116.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

Recibido!
 18 de Julio del 2024
 20289419




 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: 2024/07/11

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No: 240-FEC1-60835** fechada el día 24.06.11 cuyo paciente es CUMBE DUSSAN LUIS EDUARDO

HISTORIA No. 1075253816

GLOSA No: ZGL-1-46195

SINIESTRO: 60835

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 434116.00

JUSTIFICACION:

999
 GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 434116.00 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
 NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE ENVIAR INFORME REALIZADO POR LA AUDITORIA INTERNA DE LA ASEGURADORA CON EL FIN DE ACLARECER TIEMPO Y LUGAR DE LOS HECHOS, TODA VEZ QUE REPOZA EN NUESTRO ARCHIVO LA DECLARACION DEL SINIESTRO CON FIRMA Y HUELLA QUE FUE APORTADA POR EL SR LUIS EDUARDO CUMBE DUSSAN VICTIMA DEL SINIESTRO EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA PLL17G, ADEMAS SE CONTACTA POR VIA TELEFONICA AL SEÑOR JOHAN DAVID YAIME OLAYA CONDUCTOR DEL VEHICULO QUIEN RESULTA SER UN MOTO-TAXI POR EL CUAL NO PUEDE RECORDAR A QUIENES LES PRESTA SU SERVICIO DE TRANSPORTE Y PUEDE HABER DESCONOCIDO EL NOMBRE DEL PASAJERO CON EL QUE SE MOVILIZABA EL DIA DEL ACCIDENTE. POR LO QUE ESTO NO ES MOTIVO PARA EL NO PAGO DE LA RECLAMACION PUESTO QUE EL PACIENTE SI SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO COMO LO INDICA EN LA DECLARACION DE SINIESTRO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	434,116.00
VALOR GLOSADO :	434116.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	434116.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT	No. Egreso
		

No.	20281866	No.	194185	Siniestro	90743942	No. Factura	FEC160835		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	27/03/2024	Fecha aviso	15/04/2024	Fecha recepción	14/06/2024	
Fecha formalización	14/06/2024	Fecha liquidación	18/06/2024	Póliza	810963310	Vigencia	29/04/2023	hasta	28/04/2024
Id tomador	1003813007	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075253816	Nombre	LUIS EDUARDO CUMBE DUSSAN						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S501						Ciuda	NEIVA	

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

1	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REALIZADA AL CONDUCTOR EL SR JHOJAN YAIME QUIEN CONFIRMA QUE SI SUFRIÓ UN ACCIDENTE DE TRANSITO EN LA MOTO DE PLACA PLL17G PERO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE SE MOVILIZABA CON OTRO OCUPANTE DE NOMBRE MARTIN, NO CONOCE AL LESIONADO POR EL CUAL COBRA LA ENTIDAD RECLAMANTE	100%	434,116	434,116	0
---	-------	----------------	--	------	---------	---------	---

1001	Cobrado	434,116
1002	Obj. Parcial	434,116
1003	Liquidado	0

Liquidación:	Revisión:	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
CLAUDIA.MORA			DRA. CLAUDIA MORENO.



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

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

RECIBIDO 24 JUN 2024

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Luis Eduardo Combe Dissen Documento de Identidad 1015 253 816
Edad 32 Sexo M Dirección Domicilio Cll 16 N 21 NE Ciudad Neiva Teléfono 321 410 4044
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jhoan David Yume Obaya Documento de Identidad 1003 813 007
Edad 23 Sexo M Dirección Domicilio Cll 16 N 32 45 Ciudad Neiva Teléfono 320 834 0781
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca AKT Placa PLL17G Vehículo Motoricleta
3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 8109633100

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 27/03/2024 Hora 18:11

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente <u>Calle 5 con Cio 21</u>
Conductor <input type="checkbox"/> Ocupante <input checked="" type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>	

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

yo Luis Eduardo Combe iba como ocupante de moto con placa PLL17G, perdido el control de la moto al colisionar con un carro y cargo sufrí lesiones físicas

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Luis Eduardo Combe Dissen identificado con c.c. 1015253816 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1987 de 2002, 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 27/03/2024 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LIDA

Luis Eduardo Combe Dissen
Firma Víctima
Nombre

Firma Acompañante
Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

Impreso el 3 de 12 de 2024 a las 08:32:47 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. FEC160835

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-06-11 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6e329998413db0b28eb4924100a0b2c75e16cfdbb3d3871ad3c
6ffdb214ce68ddca44c767daa0c4a7190a64f87070ec9

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
434116

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2024-07-11 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
3e0851df9a857dd9feb8143e2bcc7d2003bc0352a999eeaa4230
a354f4bc11cae28ce252238d8279f1fb2a34c13aba38

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-06-11 05:03:34.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



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



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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC160835

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-06-11 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6e329998413db0b28eb4924100a0b2c75e16cfdbb3d3871ad3c
6ffdb214ce68ddca44c767daa0c4a7190a64f87070ec9

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

CUDE:
2e1095f99c3c00952c0b4fe58d392f9b70d7bb15070777963d65
6978ded1a77140600f2b1ff65e8826e7bc8d68b61f60

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-06-28 05:49:41.000 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:
8d105c6005d195a209058a57dcef94ae6a82497bba6564dd23c
ac7f62a987c32c8bf5ad0f231991d7fda02deb785f5c4

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-06-28 05:49:43.000 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



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. FEC160835

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-06-11 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6e329998413db0b28eb4924100a0b2c75e16cfdbb3d3871ad3c
6ffdb214ce68ddca44c767daa0c4a7190a64f87070ec9

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
3f2dbc03cf3f1b279541c6ead33a2c38b11412dcf0da481fa917c6
00008c4e70111c79f9908a20c2576e26549531929f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-06-28 05:49:58.000 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

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

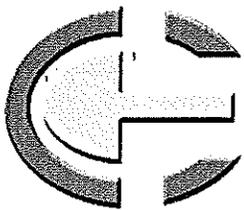
FIN DE ESTE DOCUMENTO

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: 12/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



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



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

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

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

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta

*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2024.04.16	10:30:35	2024.05.16

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 59391

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028416	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 175603,175636,177005
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.02.27 - 10:10 2024.03.26 - 09:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 26511197 TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

EDAD : 84 Años

DIRECCION: CALLE 6 N 7 06

HOBO

TELEFONO: 3212808611

OBSERVACIONES:

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

OTROS

36100	CONSULTA ESPECIALIZADA	2024.02.27	890204	MIP				1	58,400	58,400
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.02.27	890302	HJC				1	71,500	71,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.03.26	890302	HJC				1	71,500	71,500

VALOR BRUTO:	201,400	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	201,400
--------------	---------	-------------------	---	------------------	---------

SON: DOSCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.04.16 10:33:53 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 TODO A LA FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR

Autorizacion de facturacion de la Dian: Modalidad ELECTRONICA

Cufe: 5055099c70f4e3e78f1c5ae06774211e0a01ffefebt

Software: GEMA. Fabricante: Intelligenci

Representacion Grafica de Factura Electronica de Vent



Recibido!

17 CODIGO DEL COMERCIO 800.110.181-9

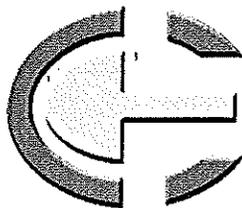
una vigencia de: 12 Meses 6 de Mayo del 2024

5f9b4ded5b207a

RUJIL 2024.04.16 10:33:53 AM

ICA COLOMBIA S. A. S NIT. 900.300.126-9

23



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA.

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

*No Somos Grandes Contribuyentes

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



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2024.04.16	10:30:35	2024.05.16

Factura Electronica de Venta
 FEC1 - 59391

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028416	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 175603,175636,177005
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.02.27 - 10:10 2024.03.26 - 09:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 26511197 TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA EDAD : 84 Años
 DIRECCION: CALLE 6 N 7 06 HOBO TELEFONO: 3212808611

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ %	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
OTROS										
36100	CONSULTA ESPECIALIZADA	2024.02.27	890204	MIP				1	58,400	58,400
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.02.27	890302	HJC				1	71,500	71,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.03.26	890302	HJC				1	71,500	71,500

VALOR BRUTO:	201,400	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	201,400
---------------------	----------------	--------------------------	----------	-------------------------	----------------

SON: DOSCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.04.16 10:33:53 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Acceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5055099c70f4e3e78f1c5ae06774211e0a01fffebb7a1696069393edf74b404ecc44198de333f4f15f9b4ded5b207a

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

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

23

FACTURA:	59391
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ -
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 201,400
 1650 A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





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

CLT 9

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

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

 RG _____
 No. Radicado Anterior _____ Nro. Factura \Cuenta de Cobro **FEC1- 59391**
 {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

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

TRUJILLO **DE FIERRO**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
MARIA **OFELIA**
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo de Documento:

CC	CE	CN	PA	RC	TI	AS	MS	PT	PE	SC	CD	DE
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

 No. Documento: **26511197**
 De: **41349** Fecha de Nacimiento: **1940/02/12** Sexo: F M
 Direccion: **CALLE 6 N 7 06**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3212608611**
 Municipio: **HOBO** Cod. **349**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

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

Naturaleza del Evento:
 Naturales: Accidente de Transito
 Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Huracfn
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosi3n Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Ataques a Municipios Desplazados
 Otros Cual?
 Direccion de la Ocurrencia: **CALLE 6 FRENTE ESQUINA DE LA IGLESIA**
 Fecha Evento/Accidente: **2024/02/13** Hora: **18:00**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **HOBO** Cod. **349** Zona: U R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUE ES ARROLLADA POR LA MOTO CON PLACA EWF11G Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. Poliza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **VICTORY** Placa: **EWF11G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplom3tico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigo Aseguradora: **AT1501** intervencion de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8114069200** Cobro excedente Poliza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2023/07/8** Hasta: **2024/07/7**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

ROMERO **RAMOS**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
FARITH
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Documento de identidad:

CC	CE	NIT	CD	PT	PE	SC	DE	TI
----	----	-----	----	----	----	----	----	----

 No. Documento **12325169**
 Direccion: **CLL 6 N 7 06**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **HOBO** Cod. **349** Telefono: **3142477605** Total Folios: **0**



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

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

ROMERO		RAMOS	
1er.Apellido		2do.Apellido	
FARITH			
1er.Nombre		2do.Nombre	
Tipo de Documento:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> DE	No. Documento	12325169
Direccion:	CLL 6 N 7 06		
Departamento:	HUILA	Cod. 41	Telefono: 3142477605
Municipio:	HOBO	Cod. 349	

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remision <input checked="" type="checkbox"/>	Orden servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remision:	2024/02/13 a las 18:42	
Prestador que remite:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL	Codigo de inscripcion: 413490048401
Direccion:	Carrera 9 No 5-41 Telefono: 8384053	HUILA-HOBO
Profesional que Remite:	ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIG	Cargo: MEDICO GENERAL
Fecha de Aceptacion:	2024/02/13 a las 18:57	
Prestador que recibe:	CLINICA-DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	Codigo de inscripcion: 410010046601
Direccion:	CALLE 18 N 6-65 Telefono: 8756349	HUILA-NEIVA
Profesional que recibe:	JHOAN ALBEIRO BAZAN	Cargo: MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente 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 Basica 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:	2024/02/27 a las 10:10	Fecha de Egreso:	2024/03/26 a las 09:32
Diagnostico presuntivo de Ingreso	T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	Diagnostico presuntivo de Egreso	T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
Diagnostico definitivo de Ingreso	S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y	Diagnostico definitivo de Egreso	S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y
Diagnostico relacionado de Ingreso	S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE	Diagnostico relacionado de Egreso	S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE
JHOAN		ALBEIRO	
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante		2do.Apellido del Medico o Profesional tratante	
BAZAN			
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante		2do.Nombre del Medico o Profesional tratante	
Tipo Documento	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PE	No. Documento	1061724214
		N-mero de Registro de Medico	1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	201400	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 descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

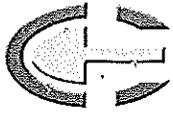
XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion 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 asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2024.02.13 HORA DE INGRESO: 21:12
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2024.03.26 HORA DE EGRESO: 09:32
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
CONFIRMADO: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO1: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 24.02.13-22:05:41 MEDICO: / (DR(A), JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUE ES ARROLLADA POR LA MOTO CON PLACA EWF11G Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: HOBO VALORADO A LAS: 21+12 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 13/02/2024 SIENDO APROXIMADAMENTE LAS 18 :00 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL CON: DIPIRONA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTAS . AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRAR NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

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

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 150/80 FC: 76 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 144 PESO: 72 IMC: 35 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

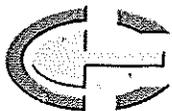
Normocéfala, DOLOR A LA PALPACION TEMPOROPARIETAL Y FRONTAL DERECHO, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictéricas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara AUMENTO DE VOLUMEN EQUIMOSIS PERIORBITARIO, DOLOR HEMICARA DERECHA, LIMITACION APERTURA ORAL DOLOR EN MAXILAR INFERIOR.

<<CUELLO>>

Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, DOLOR A LA PALPACION.

<<TORAX>>

Tórax no signos de dificultad para respirar, no lesiones físicas externas, DOLOR A LA PALPACION ANTERIOR, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.



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

EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

<<ABDOMEN>>

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

<<GENITOURINARIO>>

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

<<PELVIS>>

Pelvis estable sin signos de trauma DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO DERECHO A NIVEL ANTEBRAZO -PALMAR Y SURO-PEDICO IZQUIERDO PRESENTA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO DE MALA CALIDAD SE RETIRA, DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN BRAZO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO, AMBAS RODILLAS. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

<<NEUROLOGICO>>

Alerta orientada. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. CEFALEA 8/10 No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

<<PIEL>>

ABRASIONES LIMPIAS EN: ANTEBRAZO IZQUIERDO.

<<FANERAS>>

Sin lesiones.

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

SE SOLICITA PARACLINICOS:

1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - GLICEMIA, 6 - TROPONINA.

TAC CEREBRAL SIMPLE

TAC DE CARA

TAC MAXILAR INFERIOR

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

RADIOGRAFIA DE HUMERO IZQUIERDO

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA

RADIOGRAFIA DE PELVIS

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

**** PLAN DE MANEJO:**

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 3 HORAS, REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDAD DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 62508

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197

SEXO: FEMENINO

DIRECCION: CALLE 6 N 7 06

FCHA.NACTO: 1940.02.12

EDAD: 84 A

CIUDAD: HOBO

TEL: 3212608611

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 12 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

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: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS.
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA Y NEUROCIRUJANO.
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

**** FECHA: 24.02.13-23:55:48 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

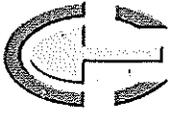
TAC DE CARA:IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA EN AREA MALAR DERECHA OCUPACION SENO MAXILAR DERECHO.

TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

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

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

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

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

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

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

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

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

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL): SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES.

**** FECHA: 24.02.14-06:44:46 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

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

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 140/80 FR: 18 T: 36.5, P: 70 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, HIDRATADA, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACION POR ESPECIALISTAS, PACIENTE CON TRAUMA IMPORTANTE FACIAL ESTABLE SS VALORACION POR MAXILOFACIAL; AHORA CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

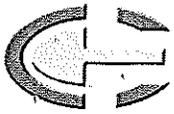
PARACLINICOS DE: 14/02/2024

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 15.07 %NEUTROFILOS: 84.8 %LINFOCITOS: 10.2 HEMOGLOBINA: 11.0 %HEMATOCRITO: 32.2 MCV: 85.3 MCH: 29.0 PLAQUETAS: 243.000 TROPONINA: 0
GLICEMIA: 122.0 TIEMPOS: TP: 13.60 TPT: 30.90 INR: 1.15 CREATININA: 1.0 BUN: 14.0

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

****TRATAMIENTOS/PRÉSCRIPCIONES:**

PENDIENTE VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA Y NEUROCIRUGIA.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

SS VALORACION POR MAXILOFACIAL.
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 24.02.14-10:07:03 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 POLITRASUMATISMOS ,
AL EXAMEN FISICO: CON EDEMA EQUIMOSIS EN DOROS DE PIE , PIERA RODILLA IZQUIERDA ADEMAS EN CARA NEUROVASCULAR
NORMAL.

RX NORMALES

DX: POLITRAUMATISMO.

PLAN: SALIDA

ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS

**** FECHA: 24.02.14-11:48:13 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE FEMENINO DE 84 AÑOS DE EDAD INTERCONSULTADA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS POR POLITRAUMATISMO POR
ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON AL SER ARROLLADO POR MOTOCICLETA.
AL EXAMEN CLINICO SIGNOS VITALES ESTABLES. PACIENTE ALERTA ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. PRESENTA ASIMETRIA
FACIAL DADA POR EDEMA EN HEMICARA DERECHA. OCLUSION PALPEBRAL DERECHA DEL 100% ASOCIADO A EQUIMOSIS BIPALPEBRAL Y
EN REGION FRONTAL. NO ES POSIBLE EVALUAR ESCALONES OSEOS POR EDEMA. SE REALIZA APERTURA FORZADA OCULAR Y SE
EVIDENCIAN MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS SIN EVIDENCIA DE ATRAPAMIENTO.
EN TOMOGRAFIA DE CARA CORTES AXIALES SE EVIDENCIA HEMOSENO DERECHO, TRAZO DE FRACTURA DE PARED MEDIAL Y LATERAL
DE SENOS MAXILAR DERECHO NO DESPLAZADO. SE EVIDENCIA TRAZO DE FRACTURA NO DESPLAZADO E INCOMPLETO EN HUESO FRONTAL
DERECHO.

SE CONSIDERA PACIENTE CON TRAUMA FACIAL, CON TRAZOS DE FRACTURA QUE EN EL MOMENTO NO SE CONSIDERA REQUIEREN
MANEJO QUIRURGICO.

SE INDICA ALTA POR CIRUGIA MAXILOFACIAL.
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 1 MES.
SE CIERRA INTERCONSULTA.

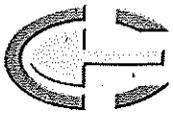
**** FECHA: 24.02.14-12:52:07 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 30 DIAS CON EL DRA. MILDRED PEREZ (MAXILOFACIAL)
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR CUERVO (ORTOPEDIA)
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

- 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 RASPONES O PELADURAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS

**** FECHA: 24.02.14-17:50:10 MEDICO: / (DR(A), SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)> Registrado en historia de: HOJAURGE**

**** EVOLUCION:**
NOTA EVOLUCION

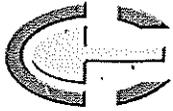
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN COMPAÑIA DE FAMILIAR QUIEN REFIERE VERLA ESTABLE, EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 128/72 FR: 19 T: 36.1, FC: 79 SATO2: 96% AL AMBIENTE, GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. 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 PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 24.02.14-18:37:32 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 SER ARROLLADA POR VEHICULO MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO PEATON CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO), ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO DE 1ER NIVEL QUE REMITE A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, EQUIMOSIS EN CARA
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 CON ANALGESICOS

***** RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA ****



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

USTED HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, NO EXISTIENDO EN EL MOMENTO ACTUAL SIGNOS DE AFECTACIÓN NEUROLÓGICA QUE INDIQUEN GRAVEDAD EN EL PROCESO, PERMITIENDO SU ESTADO ACTUAL SER DADO DE ALTA.

SIN EMBARGO, DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE:

1. HASTA POR 3 MESES USTED PUEDE PRESENTAR FALTA DE CONCENTRACIÓN, MAREOS, CANSANCIO, DOLOR DE CABEZA LEVE, TRASTORNOS DEL SUEÑO, IRRITABILIDAD, ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO.
2. PUEDEN APARECER EN EL TRANSCURSO DE LAS PRÓXIMAS HORAS O DÍAS DE LA SALIDA DE LA CLINICA, NUEVOS SÍNTOMAS QUE INDIQUEN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES, INICIALMENTE NO PREVISIBLES.
3. EL PACIENTE DEBERÁ PERMANECER ACOMPAÑADO TRAS SU ALTA HOSPITALARIA DURANTE, AL MENOS LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS, PARA PODER DETECTAR CUALQUIER COMPLICACIÓN. SI DURANTE ESTE PERIODO APARECIERAN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (SIGNOS DE ALARMA) DEBERÁ ACUDIR INMEDIATAMENTE A LA CLÍNICA:

- " SOMNOLENCIA O DIFICULTAD PARA DESPERTAR AL PACIENTE (EL PACIENTE DEBERÁ SER DESPERTADO CADA DOS HORAS DURANTE PERÍODOS DE SUEÑO).
 - " APARICIÓN DE NAUSEAS O VÓMITOS DE REPETICIÓN.
 - " CONVULSIONES.
 - " CONFUSIÓN O DISMINUCIÓN PROGRESIVA DEL NIVEL DE CONCIENCIA.
 - " DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PROGRESIVO, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
 - " PÉRDIDA DE FUERZA EN ALGUNA PARTE DE SU CUERPO.
 - " COMPORTAMIENTO EXTRAÑO.
 - " DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
 - " ALTERACIONES VISUALES (VISIÓN BORROSA, VISIÓN DOBLE ETC.) O APARICIÓN DE MOVIMIENTOS ANORMALES DE LOS OJOS, DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).
 - "
4. LO QUE NO PUEDE HACER:
 - " NO TOMAR MEDICAMENTOS QUE PUEDAN INDUCIR AL SUEÑO.
 - "

CITA CONTROL EN 15 DIAS PARA TOMA DE TAC DE CRANEO

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 24.02.14-18:41:52 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)**

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

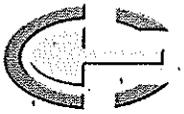
**** EVOLUCION:**

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REvisa ESTUDIO IMAGENOLÓGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORA SINTOMÁTICA, VALORADO POR ESPECIALIDADES, SE BRINDA MANEJO MÉDICO. 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 INSTITUCIÓN DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**** PLAN DE MANEJO:**

**** OTROS:**

***** RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA DE TCE ****



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

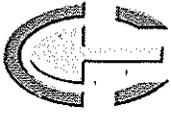
USTED HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, NO EXISTIENDO EN EL MOMENTO ACTUAL SIGNOS DE AFECTACIÓN NEUROLÓGICA QUE INDIQUEN GRAVEDAD EN EL PROCESO, PERMITIENDO SU ESTADO ACTUAL SER DADO DE ALTA.

SIN EMBARGO, DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE:

1. HASTA POR 3 MESES USTED PUEDE PRESENTAR FALTA DE CONCENTRACIÓN, MAREOS, CANSANCIO, DOLOR DE CABEZA LEVE, TRASTORNOS DEL SUEÑO, IRRITABILIDAD, ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO.
2. PUEDEN APARECER EN EL TRANCURSO DE LAS PRÓXIMAS HORAS O DÍAS DE LA SALIDA DE LA CLINICA, NUEVOS SÍNTOMAS QUE INDIQUEN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES, INICIALMENTE NO PREVISIBLES.
3. EL PACIENTE DEBERÁ PERMANECER ACOMPAÑADO TRAS SU ALTA HOSPITALARIA DURANTE, AL MENOS LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS, PARA PODER DETECTAR CUALQUIER COMPLICACIÓN. SI DURANTE ESTE PERIODO APARECIERAN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (SIGNOS DE ALARMA) DEBERÁ ACUDIR INMEDIATAMENTE A LA CLÍNICA:
 - " SOMNOLENCIA O DIFICULTAD PARA DESPERTAR AL PACIENTE (EL PACIENTE DEBERÁ SER DESPERTADO CADA DOS HORAS DURANTE PERÍODOS DE SUEÑO).
 - " APARICIÓN DE NAUSEAS O VÓMITOS DE REPETICIÓN.
 - " CONVULSIONES.
 - " CONFUSIÓN O DISMINUCIÓN PROGRESIVA DEL NIVEL DE CONCIENCIA.
 - " DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PROGRESIVO, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
 - " PÉRDIDA DE FUERZA EN ALGUNA PARTE DE SU CUERPO.
 - " COMPORTAMIENTO EXTRAÑO.
 - " DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
 - " ALTERACIONES VISUALES (VISIÓN BORROSA, VISIÓN DOBLE ETC.) O APARICIÓN DE MOVIMIENTOS ANORMALES DE LOS OJOS, DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).}
 - " SANGRADO O APARICIÓN DE LÍQUIDO ACUOSA POR ALGÚN OÍDO O LA NARIZ.
4. LO QUE NO PUEDE HACER:
 - " NO TOMAR NINGÚN TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS
 - " NO TOMAR MEDICAMENTOS QUE PUEDAN INDUCIR AL SUEÑO.
 - " NO HACER EJERCICIO
 - " NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS
 - " NO TRASNÓCHAR
 - " NO ANDAR EN MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

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*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 JOHNSON, ALMEDRAS, COCINA), LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR TRES VECES POR DIA POR UNA SEMANA*
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINAR EL TIEMPOINDICADO POR SU MEDICO.



EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTICO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

SIGNOS DE ALARMA:

TIENE DOLOR AGUDO, ESTA CON MUCHA LIMITACION FUNCIONAL, ESTA ROJO, CALIENTE, ESTA MUY HINCHADO, EL DOLOR HA IDO EMPEORANDO HACIENDOSE AGUDO, SI LE OPERARON Y PRESENTA FIEBRE EN LOS PRIMEROS DIEZ DIAS DE CIRUGIA, SI LOS PUNTOS SE LE ABRIERON, SI LE ESTAN SUPURANDO LOS PUNTOS O LA HERIDA, TENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR TORAXICO ENTRE OTROS PARA RECONSULTAR*

**** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:**

SE SOLICITA TAC DE CRANEO SIMPLE DE CONTROL EN 15 DIAS

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON NEUROCIRUGIA

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 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

CEFALEXINA 500 MG , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6 DIAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.14-18:41:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

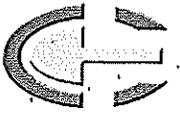
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL**

**** FECHA: 24.02.27-10:10:28 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

CONSULTA ORTOPEDIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 13/02/2024 CON TRAUMA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, COLUMNA CERVICAL ,HUMERO IZQUIERDO ,MANO IZQUIERDA MUÑECA IZQUIERDA, TRAUMA DE PELVIS ,PIE IZQUIERDO PIERNA IZQUIERDA TRAUMA DE RODILLA DERECHA ASISTE HOY CONTROL ORTOPEDIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

NIEGA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA :EQUIMOSIS EN HEMICARA

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

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

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

MIEMBROS : EQUIMOSIS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES CON MOVILIDAD CONSERVADA

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

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

**** ORDENES MEDICAS:**

CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES

**** FECHA: 24.02.27-10:20:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES

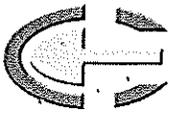
DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.27-10:20:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 24.02.27-16:03:06 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)**

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
 FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
 EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

MOTIVO DE LA ATENCION

CONSULTA MAXILOFACIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 13/02/2024 CON TRAUMA EN CARA CON FRACTURA HEMOSENSO DERECHO, TRAZO DE FRACTURA DE PARED MEDIAL Y LATERAL DE SENO MAXILAR DERECHO NO DESPLAZADO. SE EVIDENCIA TRAZO DE FRACTURA NO DESPLAZADO E INCOMPLETO EN HUESO FRONTO DERECHO. PARA VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

NIEGA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

**** EXAMEN FISICO:**

SIMETRIA FACIAL NO HAY ESCALONES OSEOS

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

**** ORDENES MEDICAS:**

ALTA POR CIRUGIA MAXILOFACIAL

**** FECHA: 24.02.27-16:13:04 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)**

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

**** ANALISIS PLAN:**

PACIENTE CON BUENA EVOLUCION CON TENDENCIA ALA MEJORIA POR LO QUE SE INDICA

PLAN

ALTA POR CIRUGIA MAXILOFACIAL

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CONSULTA EXTERNA CIRUGIA MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.27-16:13:04 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

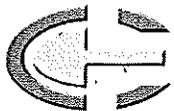
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 24.03.26-09:22:58 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



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

EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 6 N 7 06
FCHA.NACTO: 1940.02.12 EDAD: 84 A CIUDAD: HOBO TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 13/02/2024 CON TRAUMA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, COLUMNA CERVICAL ,HUMERO IZQUIERDO ,MANO IZQUIERDA MUÑECA IZQUIERDA, TRAUMA DE PELVIS ,PIE IZQUIERDO PIERNA IZQUIERDA TRAUMA DE RODILLA DERECHA ASISTE HOY CONTROL ORTOPEdia

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**
NIEGA

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

**** EXAMEN FISICO:**
CABEZA: NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO: MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS: MEJORIA DE LA EQUIMOSIS EN CARA Y MIEMBROS CON BUENA MOVILIDAD ARTICULAR , LEVE DOLOR ALA MOVILIDAD DEL PIE IZQUIERDO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

**** ORDENES MEDICAS:**

CONTROL ORTOPEdia EN 1 1/2 MES

**** FECHA: 24.03.26-09:32:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEdia)**

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

**** ANALISIS PLAN:**

PACIENTE CON BUENA EVOLUCION CLINICA CON TENDENCIA ALA MEJORIA POR LO QUE SE INDICA

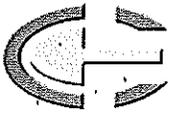
PLAN

CONTROL ORTOPEdia EN 1 1/2 MES

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.03.26-09:32:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS



EPICRISIS No. 62508

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

DOC.IDENT: CC 26511197	SEXO: FEMENINO	DIRECCION: CALLE 6 N 7 06	
FCHA.NACTO: 1940.02.12	EDAD: 84 A	CIUDAD: HOBO	TEL: 3212608611
EST.CIVIL: SOLTERO	RH: O+		

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:	S300 - CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	

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@. HECTOR JULIO CUERVO
 RAMIREZ
 REG. MED: 244



ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
 CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
 NIT. 813011515-8
 RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
 Desde: 13 de Febrero de 2024 Hasta 13 de Febrero de 2024
 CC 26511197 - MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ

Datos del paciente		Datos de procedencia	
Identificación del paciente		País:	Colombia
Fecha de Nacimiento y Edad:	12/02/1942 - 82 Año(s)	Departamento:	
Género:	Femenino	Municipio:	
RH:	O+	Datos de residencia:	
Discapacidad:	Ninguna	Departamento:	Huila
Nivel de escolaridad:	No Definido	Municipio:	Hobo
Ocupación:		Dirección:	Mcpio Hobo
Estado civil:		Teléfono:	
Grupo de atención:		Administradora	Tipo de usuario
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores	COMPFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO
Email:		EPS S	
Responsables del paciente:			
Parentesco del responsable:			
Teléfono del responsable:			

Atención: 202402130073	
Fecha y Hora de Ingreso:	13/02/2024 18:29:24
Identificación:	CC:26511197
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT
Poiso:	
Servicio de ingreso:	Urgencias Ambulatorio
Datos del acompañante	
Tipo:	Solo
Edad en la atención:	82 Año(s)
Nombre:	MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ
Tipo de Usuario:	Soat
Autorización:	

URGENCIAS

• Triage

Fecha y Hora: 13/02/2024 18:32:26 Profesional: Antonio Rafael Espinoza Rodríg.(medicina.) Identificación: CC 8507987
 Motivo: "LA ATROPELLO UNA MOTO"
 Signos Vitales
 Peso: 72.00 Kg Talla: 154.0 cm MC: 30.36 Kg/m² FC: 80 Min. FR: 20 Min. Temp: 36.20 °C PA: 190/75 TM: 113 Saturación: 97.00 %

Hallazgos Clínicos: VER HCL
 Impresión Diag: V091 PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
 Clasificación: Triage II
 Conducta: Urgencias.

• Consultas

Consulta N°. 0 SEDE: HOBO

Fecha y Hora: 13/02/2024 18:36:13 Profesional: Antonio Rafael Espinoza Rodríg.(medicina.) Identificación: CC 8507987
 Tipo: (890701) CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL

Anamnesis

Finalidad: No Aplica
 Motivo de Consulta: "LA ATROPELLO UNA MOTO"
 Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA AL SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCIÓN CARECTERIZADO POR TAUOMA CRANEOENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON ANTECEDENTES DE INTERES HTA EN MANEJO MEDICO, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, COMENTA LOS FAMILIARES QUE FUE ARROYADA EN LA CALLE 6 EN LA ESQUINA DE LA IGLESIA DEL MUNICIPIO DE HOBO CON LA MOTO DE PLACA N° EWF11G MARCA VICTORY MODELO 2023 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?

Antecedentes

Planific: No
 Familiares: SI NO REFIERE
 Personales: SI HTA

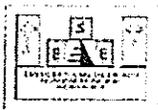
Signos Vitales

Peso: 72.00 Kg Talla: 154.0 Cm Masa Corporal: 30.36 Kg/m² Frecuencia Cardiaca: 80 Min
 Frecuencia Respiratoria: 20 Min Temperatura: 36.20 °C Presión Arterial: 190/75 Tension medio: 113
 Saturación: 97.00 %

Exámen Físico

Estado General: DECAIDO
 Cabeza: Anormal TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO,
 Cuello: Normal
 Torax: Normal
 Abdomen: Normal
 G/U: Normal
 Extremidades: Anormal DEFORMIUDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA
 Neurológico: Normal
 Nariz: Normal
 Oídos: Normal
 Boca: Normal
 Ojos: Normal
 Piel: Normal
 Ano: Normal
 Osteomuscular: Anormal LIMITACION A LA DEAMBULACION
 Revisión por Sistema:
 Sintomático Respiratorio: No
 Sintomático de Piel: No
 Sintomático Nervioso: No
 Periférico:

Impreso Por:



ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
 CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
 N° 813011615-8
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
 Desde: 13 de Febrero de 2024 Hasta 13 de Febrero de 2024
 CC 26511197 - MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ

Perímetro Abdominal: (50) Normal

Análisis de Laboratorios e Imágenes Diagnósticas

Análisis: CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, EPISTAXIS, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGLOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, LA VALORACION SE REALIZA SEGUN LAS RECOMENDACIONES 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 PROTECCION SOCIAL. CON EL LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL SE ATIENDE CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (EPP), TAPABOCAS N95, CARETA, TRAJE ANTIFLUIDOS, MONOGAFAS, GUANTES, POLAINAS), SUMINISTRADO POR LA ESE. HOSPITAL LOCAL DE HOBO TAMBIEN BIEN SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE PARA EVITAR EL SARS-COV-2/COVID 19.

Diagnóstico Principal	Tipo Diagnóstico
(V091) PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	Confirmado Repetido
(S099) TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	Confirmado Nuevo
(S501) CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	Confirmado Nuevo
(S898) OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	Confirmado Nuevo
(R520) DOLOR AGUDO	

Plan de Manejo y Recomendaciones

Destino: REMISION
Recomendaciones: 1. COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSION Y MANEJO POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA 2. TAPON VENOSO 3. DIPIRONA 2 GR IV/ AHORA D'LUIDA Y PASAR LENTA 4. INMOVILIZAR PARTES AFECTADAS 5. VIGILAR ESTADO NEUROLOGICO 6. VIGILAR ESTADO DEL DOLOR 7. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

Remisiones

Fecha y Hora: 13/02/2024 18:42:25 **Profesional:** Antonio Rafael Espinoza Rodrig.(medicina.)
Remision N° 1
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Institución:
Acepta: XXXXXXXXXXXX **Autorización:** XXXXXXXXXXXX
Modalidad: Remision
Motivo: Nivel de competencia Incluir Ambulancia: Si
Observaciones: CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGLOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE PASA LA SALA DE PROCEDIMIENTO SE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO EN BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PERFUSIO TISULAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

Signos Vitales

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1	HOBO	13/02/2024	19:01:37	72.00	154.0	30.36	80	20	36.20	150/75	113	0	97.00	ANTONIO RAFAEL ESPIN

Ordenación

Fecha y Hora: 13/02/2024 19:17:23 **Profesional:** Jarol Bautista Manrique.(auxiliar.) **Identificación:** CC1083840341
Orden: Ambulatorio **Sede:** HOBO

Cod CUPS	Cod SOAT	Nombre	Cant.	Nota
{935304}		Inmovilización miembro superior o inferior total o parcial	1	()
{931302}		TRASLADO DE AMBULANCIA INTERMUNICIPAL NOCTURNO AUXILIAR	1	()

Observaciones:

Prescripción

Fecha y Hora: 13/02/2024 19:17:26 **Profesional:** Jarol Bautista Manrique.(auxiliar.) **Identificación:** CC 1083840341

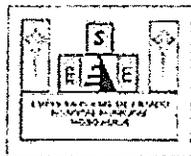
Código	Nombre	Cantidad	Via	Cada	A Partir De	Dosis	Entregar
DM0003155	VENDA DE YESO 6XS	NO APLICA	AHOR				2 ROL.
V004154	VENDA ALGODON N. 6'S	NO APLICA	AHOR				4 PAQ.
DM00031553	VENDA ELASTICA 6XS	NO APLICA	AHOR				3 UNI.
DM000215R1	CATETER YELCOS 20	NO APLICA	AHOR				1 UNI.
DM0001096	TAPON HEPARENIZADO	NO APLICA	AHOR				1 UNI.
N02B00267011	DIPIRONA SOL INY 2.5 GRAMOS SOL INY 2.5G NO APLICA	NO APLICA	AHOR				1 AMP.
V00015691	JERINGA 10 CC	NO APLICA	AHOR				2 UNI.

Nota: * Período duración tratamiento : 1 Día(s)
 * Período duración tratamiento : 1 Día(s)

Observaciones:

Impreso Por:

JAROL BAUTISTA MANRIQUE
 AUXILIAR DE ENFERMERIA



ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOYO HUILA
 NIT. 813011515-8
 CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
 202402130073 - 1
 SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 13 MES 02 AÑO 2024 Autorización: XXXXXXXXXXXX
 No. de Historia Clínica CC26511197
 Sede ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOYO HUILA Código 413490048401
 Institución a la que se remite _____ Código 0

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres MARIA OFELIA 1er. Apellido TRUJILLO 2da. Apellido ORTIZ Sexo M F
 Documento Identidad C.C. T.I. R.C. No. 2651197
 Dirección MCPIO HOBO Teléfono _____ Edad 82 Año(s)
 Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural _____
 Lugar y Fecha de Nacimiento -12/02/1942
 Estado Civil _____

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 <u>13</u> M <u>02</u> A <u>2024</u>	Urgencias <u>X</u>	<u>MEDICINA GENERAL</u>
Fecha de Egreso	Consulta Externa	
D <u>13</u> M <u>02</u> A <u>2024</u>	Hospitalización	
	Otro	

Modalidad de Solicitud	Servicio que Remite	Especialidad
Remisión <u>X</u>	Urgencias	
Interconsulta	Consulta Externa	
Orden de Servicio	Hospitalización	
Apoyo Tecnológico	Otro	<u>NEUROCIRUGIA</u> <u>NEUROCIRUGIA</u>

Motivo de Remisión	Médico que Remite
Nivel de Competencia <u>X</u>	Nombre <u>ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIGUEZ</u>
No hay Recurso Humano	Firma y Sello
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	C.C. <u>8507987</u>
Otro	Registro Médico <u>08-4608</u>

CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARUMA CRANEOCENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGLOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE PASA LA SALA DE PROCEDIMIENTO SE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO EN BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PERFUSIO TISULAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

Nivel de Competencia	1	2	3	4
Nivel que Remite	<u>X</u>			
Nivel al que se Remite	<u>X</u>			

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 18:42 Hora 18 Minutos 42
 Nombre de la persona que solicita la Remisión ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIG (MEDICINA.)
 Hora Confirmación 18:42 Hora 18 Minutos 42
 Nombre del Confirmador: (persona que acepta la Remisión) XXXXXXXXXXXX

Datos de Egreso del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____
 Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo

Código CIE

PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS
DOLOR AGUDO

V091
S099
S501
S898
R520

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA AL SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS, DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON ANTECEDENTES DE INTERES HTA EN MANEJO MEDICO, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, COMENTA LOS FAMILIARES QUE FUE ARROYADA EN LA CALLE 6 EN LA ESQUINA DE LA IGLESIA DEL MUNICIPIO DE HOBO CON LA MOTO DE PLACA N° EWF11G MARCA VICTORY MODELO 2023 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(°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
190/75	80	36.20	20	154.0	72.00	

Hallazgos del Examen Físico

DECAIDO Cabeza:Anormal TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO. - Cuello:Normal - Torax:Normal - Abdomen:Normal - G/N:Normal - Extremidades:Anormal DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA. - Neurológico:Normal - Nariz:Normal - Oidos:Normal - Boca:Normal - Ojos:Normal - Piel:Normal - Ano:Normal - Osteomuscular:Anormal LIMITACION A LA DEAMBULACION

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

CUADRO CLINICO DE +/- 30 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR TARUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO, MAXILOFAXIAL, EPISTAXIS, BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE HEMATOMAS, DOLOR INTENSO DE 8/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, EPISTAXIS, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, TRAUMA EN HEMICARA DERECHA, MAXILOFACIAL DERECHO, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, LA VALORACION SE REALIZA SEGUN LAS RECOMENDACIONES 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 PROTECCION SOCIAL, CON EL LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL SE ATIENDE CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (EPP), TAPABOCAS N95, CARETA, TRAJE ANTIFUJIDOS, MONOGAFAS, GUANTES, POLAINAS, SUMINISTRADO POR LA ESE, HOSPITAL LOCAL DE HOBO TAMBIEN BIEN 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

PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS
DOLOR AGUDO

V091
S099
S501
S898
R520

Observaciones o Sugerencias

1. COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSION Y MANEJO POR EL SERVICIO DE NUEROCIRUGIA 2. TAPON VENOSO 3. DIPIRONA 2 GR IV/ AHORA DILUIDA Y PASAR LENTA 4. INMIBILIZAR PARTES AFECTADAS 5. VIGILAR ESTADO NEUROLOGICO 6. VIGILAR ESTADO DEL DOLOR 7. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

Impreso por:

JAROL BAUTISTA MANRIQUE
 AUXILIAR DE ENFERMERIA



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	26511197
NOMBRES	MARIA OFELIA
APELLIDOS	TRUJILLO DE FIERRO
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	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/13/2024 21:17:22 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



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	12325169
NOMBRES	FARITH
APELLIDOS	ROMERO RAMOS
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/13/2024 21:17:55 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,

INSTITUCION MOVILIDAD
 DECLARACION DE IMPORTACION
 302922080086597
 LIMITACION A LA PROPIEDAD
 28/08/2022
 0
 FECHA PATRICIA 28/08/2022
 FECHA REP. LIC. TTD 28/08/2022
 FECHA VENCIMIENTO
 ORGANISMO DE TRAMITO
 INSTITUTO OPTAL BULAGUVERA
 LTOBDDT 31608

REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRANSITO No. 10026474348
 PLACA: EWF11G MARCA: VICTORY LINEA: MRX125 MODELO: 2023
 CATEGORIA DE COLOR: 124 NEGRO NEBULOSA TIPO DE LICENCIA: PARTICULAR
 CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA COMBUSTIBLE: GASOLINA CATEGORIA SUPLEN: 2
 NUMERO DE MOTOR: ZS152FM155N308925 MARCA: N IDENTIFICACION: 10PJCJLJ2PK28722
 NUMERO DE SERIE: 10PJCJLJ2PK28722 MARCA: N IDENTIFICACION: 10PJCJLJ2PK28722 REG: N
 REPRESENTANTE (FABRICANTE Y MONTAJE): ROMERO RAMOS FARIAS IDENTIFICACION: C.C. 12325158

SOAT



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CONTRA ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA DE EFECTIVO AÑO 1900 / DIA	VIGENCIA DESDE LAS HORAS DEL	HASTA LAS HORAS DEL	NOV. 11 MESE/AÑO
2023-07-07	2023-07-08		2024-07-07

No. de POLIZA		CLASE DE VEHICULO		SERVICIO		CANTIDAD/ANOS		AÑO			
0114069200		EWF 11G		MOTOS		PARTICULAR		124 2023			
PASAJEROS		MOTOR		CARRROCEA							
2		VICTORY									
		LÍNEA VEHICULO									
		MRX125									
No. MOTOR			No. CHASIS Y No. SERIE			No. VIN			CAPACIDAD TON.		
ZS152FMI55N300925			9GFJCLJ2PKE26722			9GFJCLJ2PKE26722			0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR				TELÉFONO DEL TOMADOR		TPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR		No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR		CANTIDAD RESIDENCIA TOMADOR	
ROMERO RAMOS, FARITH				3142477605		CC		1232518		HOBO	
CODIGO DE ASESORADORA		COD. DE CUBA, EXCEPCIONA		CLAVE PRODUCTOR		No. FORMULARIO		CUBA EXCEPCION			
AT1501		0012		891100079302		0		HOBO			
TARIFA		PRIMA SOAT		CONTRIBUCION FONDA		TASA RINT		AMPAROS POR VICTIMA		UNIDAD VALOR TRIBUTARIO	
120		\$ 181700		\$ 01400		\$ 2100		A. GASTOS MEDICOS CURSOS, FARMAS, ETC		263.13	
								B. GASTOS DE TRATAMIENTO		701.68 ²	
								C. INCAPACIDAD PERMANENTE		180	
								D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS		750	
TOTAL \$ 278200										SALARIOS MINIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES	

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 RINT.
- Está atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT genera serias molestias 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 resultó 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 165 Decreto Ley 643 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

Asistido a la compañía de seguros para que consulte, gestione, emita, transfiera y reciba 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 resulta de todas las acciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como direcciones, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual consintió y declaró 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 dichos datos.

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:	EWF11G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10026474348	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	MRX125
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFJCLJ2PKE26722	NÚMERO DE MOTOR:	ZS152FMI55N300925
NÚMERO DE CHASIS:	9GFJCLJ2PKE26722	NÚMERO DE VIN:	9GFJCLJ2PKE26722
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	📅 28/06/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

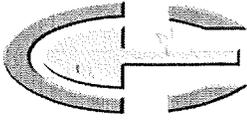
Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<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
8114069200	📅 07/07/2023	📅 08/07/2023	📅 07/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	⊙ VIGENTE
1508004987441000	📅 24/06/2022	📅 25/06/2022	📅 24/06/2023	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	⊙ NO VIGENTE



RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/07/11

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-59391 fechada el día 24.04.16 cuyo paciente es TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

HISTORIA No. 26511197

GLOSA No: ZGL-1-46193

SINIESTRO: 59391

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 201400.00

JUSTIFICACION:
 999
 GASTOS MEDICOS.

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 201400.00 DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:
 999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE ENVIAR INFORME REALIZADO POR LA AUDITORIA INTERNA DE LA ASEGURADORA CON EL FIN DE ACLARECER TIEMPO Y LUGAR DE LOS HECHOS ,TODA VEZ QUE REPOZA EN NUESTRO ARCHIVO LA DECLARACION DEL SINIESTRO CON FIRMA Y HUELLA QUE FUE APORTADA POR EL SR MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ VICTIMA DEL SINIESTRO EN CALIDAD DE PEATON QUE ES ARROLLADA POR LA MOTO CON PLACA EWF11G CON EL FIN DE HACER RECOBRO A LA ASEGURADORA CORRESPONDIENTE.

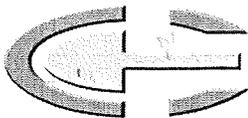
Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	201,400.00
VALOR GLOSADO :	201400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	201400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

Recibido!
 18 de Julio del 2024
 20289408



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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/07/11

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-59391 fechada el día 24.04.16 cuyo paciente es TRUJILLO DE FIERRO MARIA OFELIA

HISTORIA No. 26511197

GLOSA No: ZGL-1-46193

SINIESTRO: 59391

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 201400.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS.

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 201400.00 DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE ENVIAR INFORME REALIZADO POR LA AUDITORIA INTERNA DE LA ASEGURADORA CON EL FIN DE ACLARECER TIEMPO Y LUGAR DE LOS HECHOS ,TODA VEZ QUE REPOZA EN NUESTRO ARCHIVO LA DECLARACION DEL SINIESTRO CON FIRMA Y HUELLA QUE FUE APORTADA POR EL SR MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ VICTIMA DEL SINIESTRO EN CALIDAD DE PEATON QUE ES ARROLLADA POR LA MOTO CON PLACA EWF11G CON EL FIN DE HACER RECOBRO A LA ASEGURADORA CORRESPONDIENTE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	201,400.00
VALOR GLOSADO :	201400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	201400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT	No. Egreso 
---	-----------------------------------	---

No.	20272911	No.	192841	Siniestro	90739151	No. Factura	FEC159391		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	13/02/2024	Fecha aviso	18/03/2024	Fecha recepción	06/05/2024	
Fecha formalización	06/05/2024	Fecha liquidación	20/05/2024	Póliza	811406920	Vigencia	08/07/2023	hast	07/07/2024
Id tomador	12325169	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	26511197	Nombre	MARIA OFELIA TRUJILLO ORTIZ						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149						Ciuda	NEIVA	

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

2	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT DE ACUERDO AUDITORIA INTERNA DONDE SE CONFIRMA QUE LA LESIONADA ES ARROLLADA POR UN VEHICULO QUE SE DA A LA FUGA Y POR ESTO PASAN LOS DOCUMENTOS DEL SOAT DE OTRO VEHICULO, EL VEHICULO DE PLACA EWF11G NO SE ENCUENTRA INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE	100%	201,400	201,400	0
---	-------	----------------	--	------	---------	---------	---

1001	Cobrado	201,400
1002	Obj. Parcial	201,400
1003	Liquidado	0

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
CLAUDIA.MORA			DRA. CLAUDIA MORENO.



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

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

RECIBIDO 24 JUN 2024

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Mono Ofelia Trujillo Fierro No. Documento de Identidad 26511197
Edad 84A Sexo F Dirección Domicilio Cle 6A7-06 Ciudad Habo Teléfono 3212608611
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Fanth Lorenzo Ramos No. Documento de Identidad 12325169
Edad _____ Sexo M Dirección Domicilio Cle 6A7-06 Ciudad Habo Teléfono 3142477605
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca Victory Placa FUF11G Vehículo Motocicleta
3.1 Aseguradora Equidaxel Póliza No. 8114069200

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 13-02-2024 Hora 18:00

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente <u>Calle 6 front esquina de 19</u> <u>iglesia</u>
Conductor _____	
Ocupante _____	
Peatón <input checked="" type="checkbox"/>	

4.2. RÉLATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

yo Mono Ofelia Trujillo Fierro iba como
peatón y soy amallado por la moto con
placa FUF11G, tengo sufrido lesiones
poraroles

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Mono Ofelia Trujillo Fierro identificado con c.c. 26511197
declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es clara, que los hechos narrados son veraces y son
producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1591 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 Habo Fecha y hora 13-02-2024 en la entidad prestadora del
servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Maria Cecilia Trujillo
Firma Víctima
Nombre



Firma Acompañante
Nombre



Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

Impreso el 3 de 12 de 2024 a las 08:33:10 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. FEC159391

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-04-16 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5055099c70f4e3e78f1c5ae06774211e0a01fffefebb7a16960693
93edf74b404ecc44198de333f4f15f9b4ded5b207a

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
201400

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2024-05-16 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
9a6379ef999339a58209b6b4dd2695e2a57118690ccb86707c1
618deb22d83cce746d892d19ac95fda420ee8d1ee3fc6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-04-16 10:33:53.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



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



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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC159391

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-04-16 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5055099c70f4e3e78f1c5ae06774211e0a01fffefebb7a16960693
93edf74b404ecc44198de333f4f15f9b4ded5b207a

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

CUDE:
873da5a6b685c291eac9b88d5a3adeac73da4e23046c743bdf9f
94c1e6b645d241270ef3a2b77e14a9caba55adb4f171

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-04-16 03:49:03.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
b4dd830cf288cc152ca1c1c4a217b85a3162d0dc7282ff9db1a76
10a4cd9e9e1eb426f61cc08cefdbf312da823b0172f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-04-28 05:12:39.000 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



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. FEC159391

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2024-04-16 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5055099c70f4e3e78f1c5ae06774211e0a01fffefebb7a16960693
93edf74b404ecc44198de333f4f15f9b4ded5b207a

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
dbe2b8a16ce82e0145f0da07b0ec031fc4c4dc82d33337aaf840
d0b7d60a5d6a3969122029895024e543e944a1577bba

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-04-28 05:12:57.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO

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

FECHA: 12/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



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

Señor

JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE NEIVA (REPARTO)

E. S. D.

SANCHEZ TOSCANO & CIA SAS con Nit: 901025052-1, representada legalmente por la Doctora **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.173.846 expedida en Neiva (H), abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 116.256 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderada de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, muy respetuosamente me permito formular ante su despacho **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE UNICA INSTANCIA**, para que se sirva el Señor Juez mediante providencia declarar la responsabilidad del pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparadas por el SOAT expedido por **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**.

NOMBRE DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- Concorre como demandante la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, con NIT. 800.110.181-9, representada legalmente por la Dra. **MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS**, identificada con la cédula de ciudadanía No.55.151.445 expedida en Neiva - Huila.
- Intervendrá como demandada la empresa **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, con NIT **860.028.415-5** representada legalmente por **NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA**, identificado con la cedula de ciudadanía No.94.311.640 o quien haga sus veces en el momento de la notificación de la demanda.

DOMICILIO DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- La demandante sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.**, tiene su domicilio en la Calle 18 No. 6 - 65 de la ciudad de Neiva.
- La demandada **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, tiene su Domicilio en BOGOTÁ, en la Cr 9A N°. 99-07 To 3 P 14 .

NOMBRE, DOMICILIO Y DIRECCION DE LA APODERADA JUDICIAL DE LA DEMANDANTE

- Actúa como apoderada judicial de la demandante la suscrita abogada **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 116.256 del C. S. de la J., domiciliada en la carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva (H).

PRETENSIONES

PRIMERA: Se declare que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.** con NIT **860.028.415-5**, es deudora de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT. **800.110.181-9** por las cuantías contenidas en las facturas que relaciono a continuación y sus respectivos valores, en ocasión del servicio de salud médico-hospitalario prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas con la póliza SOAT expedida por la anteriormente mencionada aseguradora.

ITEM	FACTURA	POLIZA	VALOR DE LA FACTURA	VR. GLOSA
------	---------	--------	---------------------	-----------

1	55728	8,112,232,000	\$305,300	\$305,300
2	57891	8,118,112,300	\$357,992	\$357,992
3	57900	8,112,232,000	\$448,392	\$448,392
4	58724	8,114,069,200	\$4,183,410	\$4,183,410
5	60835	8,109,633,100	\$434,116	\$434,116
6	59391	8,114,069,200	\$201,400	\$201,400
TOTAL.....				\$5.930.610

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. \$ 305,300 saldo insoluto de la **factura No. 55728**, presentada para su pago el **18/01/2024**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/02/2024) y hasta que se verifique su pago.
2. \$ 357,992 saldo insoluto de la **factura No. 57891**, presentada para su pago el **05/03/2024**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06/04/2024) y hasta que se verifique su pago.
3. \$ 448,392 saldo insoluto de la **factura No. 57900**, presentada para su pago el **05/03/2024**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06/04/2024) y hasta que se verifique su pago.
4. \$ 4,183,410 saldo insoluto de la **factura No. 58724**, presentada para su pago el **02/04/2024**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (03/05/2024) y hasta que se verifique su pago.
5. \$ 434,116 saldo insoluto de la **factura No. 60835**, presentada para su pago el **14/06/2024**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (15/07/2024) y hasta que se verifique su pago.
6. \$ 201,400 saldo insoluto de la **factura No. 59391**, presentada para su pago el **06/05/2024**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (07/06/2024) 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 2015 compilado en el Decreto 780 del 2016**, brindó atención médica-hospitalaria de acuerdo a su nivel de complejidad, en la ciudad de Neiva, a las personas lesionadas y que se encuentran amparadas por el SOAT

expedido por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., **como se relaciona en el cuadro adjunto en la PRETENSION PRIMERA**, este servicio se prestó de acuerdo a lo estipulado en las normas citadas, no necesitándose contrato ni orden previa para su prestación.

2. La sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, en cumplimiento de un **mandato legal** tal como se indica en el hecho 1 de las obligaciones impuestas por los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015, compilado **Decreto 780 de 2016**, presentó para su pago ante **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, **las facturas PREVIAMENTE RELACIONADAS EN EL CUADRO ADJUNTO DE LA PRETENSION PRIMERA**. Se allegan como anexos de cada factura los documentos exigidos en el artículo 26 numeral 2 (Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud, cuando se trata de una víctima de accidente de tránsito) del **Decreto 056 del 2015**, compilado **Decreto 780 de 2016**.
3. Al ser presentadas las facturas para su reclamación de pago ante la aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, presentó en cada una de ellas la negación del pago total y la consecuente imposición de glosas por parte de la aseguradora, las cuales a su vez fueron contestadas no aceptándolas con argumentos facticos y jurídicos por parte de la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.** Al contar con la totalidad de documentos que permiten observar la obligación ejecutada, se busca una solución en sede ordinaria, encontrando sustento en el pronunciamiento de la Corte Constitucional en fallo de **auto A-2076 de 2023**, el cual indica que La jurisdicción ordinaria en su especialidad Laboral tiene competencia para conocer la controversia económica originada de una relación extracontractual en la que se demanda por la vía ordinaria a una sociedad privada por servicios de Salud, hospitalario y farmacéuticos a las víctimas de accidentes de tránsito que a la fecha de atención estuvieran amparadas por SOAT.
4. A pesar de estar vencidos los términos legales, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, no realizó los pagos dentro de los términos indicados, no obstante, de manera extemporánea realizó pagos, los cuales fueron aplicados a cada factura, tal y como quedó estipulado en el cuadro anterior. Hecho que se puede verificar en el anverso de cada factura donde se encuentra sello de estado de pago, donde se indica si existió pago alguno, tal como lo exige el #3 del art. 774 del C. Co.:

*"3. El emisor vendedor o prestador del servicio, **deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago** del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura." (Negrilla fuera de texto)*

5. El artículo 1080 del Código de Comercio, faculta a mi poderdante para solicitar el cobro de la mora a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, sobre los valores adeudados de cada factura, un mes después de la fecha de radicada cada factura, Así mismo el art 41 del Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.

*"El pago por parte de dichas compañías, **deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio** o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. **Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio** igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad." (Negrilla fuera de texto)*

Por su parte el art. 180 del C. Co. Indica:

"El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad."

6. Dado que la facturación por la prestación de servicios de salud se encuentra gobernada por normas de carácter especial en las que se exigen requisitos disímiles a los contenidos en la ley mercantil y que son propios del sistema general de seguridad social en salud, las facturas aquí presentadas están conformadas en la totalidad por documentos que permiten develar sin ambages, la fuente de la obligación ejecutada y su sustento cartulario, estando acompañadas cada una de las facturas por: el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social (FURIPS) completamente diligenciado incluyendo en el punto IX CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO, fotocopia de la póliza, Epicrisis o resumen clínico de atención, fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo y fotocopia de documento de identidad de la víctima, fotocopia comprobante/constancia de prestación de servicios de salud con firma y huella de paciente o acudiente. Por lo tanto, se está haciendo aplicación del art. 26 #2 del Decreto 056 compilado en el Decreto 780 de 2016.
7. Así mismo se reitera que la normatividad aplicable son los Decretos 056 de 2015 y 780 del 2016, pues el Decreto 3990 de 2007 se encuentra explícitamente derogado por el Decreto 056 del 2015, en su artículo 46:

"Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, deroga los Decretos números 3990 de 2007 y 967 de 2012 y las demás normas que le sean contrarias."

8. En igual sentido tenemos que el Decreto 4747 de 2007 **NO ES APLICABLE AL CASO EN CONCRETO**, pues su finalidad es regular aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, **situación que no se presenta, pues la Aseguradora no es responsables de pagos de servicios de salud de la población**. Según lo establecido en el artículo 2 campo de aplicación y el artículo 3 entidades responsables de pago.

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., NO ES UNA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD sino una compañía aseguradora con autorización para explotar el ramo de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT. Se debe tener en cuenta que la aseguradora al expedir la póliza SOAT, debe pagar solamente el evento asegurado (indemnización por concepto de gastos medico hospitalarios).

Este decreto aplica cuando para la atención del paciente, media contrato, que para el caso que nos ocupa se atiende al paciente por mandato legal, Decreto 056 del 2015 compilado por el Decreto 780 del 2016.

9. Se manifiesta bajo la gravedad de juramento que la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** tiene la custodia del original de las **6** facturas de venta y sus anexos, allegadas para su ejecución.
10. Se me ha conferido poder para incoar esta acción.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho los artículos 25 y ss. Del Código Sustantivo del Trabajo y de la Seguridad Social, 422 y ss., artículo 882 del C. Co, Ley 100 de 1993, Decreto 2423 de 1996 (Manual Tarifario), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 del 2016 y demás normas concordantes.

En cuanto a la prestación de servicios de urgencias y su forma de pago el artículo 168 de la ley 100 de 1993, establece:

"Artículo 168 de la ley 100 de 1993, ATENCION INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independiente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

PARAGRAFO: los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud".

Así mismo el Decreto 056 de 2015, establece:

Artículo 1º. Objeto El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.

Artículo 2º. 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 8º. Legitimación para reclamar. Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.

Artículo 10. Tarifas. A los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, se aplicarán las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

Artículo 26. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o

la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. (...)

Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago por parte de dichas compañías deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad. (...)

Como en el Código de Comercio:

Artículo 1080. Plazo para el pago de la indemnización e intereses moratorios. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.

COMPETENCIA Y CUANTÍA

Indica el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva en auto del 05 de febrero del 2024 por el cual se declaró falta de competencia, que la jurisdicción competente para conocer del caso concreto es la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Laboral puesto que conforme a lo "...ordenado por la Jurisprudencia de

la Honorable Corte Constitucional, en autos A-1415 del 12 de julio del 2023 y A-2076 de fecha 07 de septiembre de 2023; advirtió que la jurisdicción ordinaria en su especialidad laboral es competente para conocer el asunto, bajo el entendido que "los servicios médicos de urgencias prestados a quienes se encontraban amparado por la póliza SOAT, en virtud de la obligación contenida en el precitado artículo 167, hacen parte del SGSSS" criterio suficiente para determinar que la competencia del presente asunto por su especialidad corresponde a los jueces laborales.

Así mismo y conforme al CAPITULO II art. 12º del Código Procesal del Trabajo y de la seguridad Social, en razón de la Cuantía, ya que las **pretensiones del proceso se estiman por la suma de \$6.943.032** correspondientes a **\$5.930.610 de capital y \$1.012.422 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 relacionadas 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 31/12/2024 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.



TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 55728-59391
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
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
2024-02-19	2024-02-19	1	34,97	305.300,00	305.300,00	250,91	305.550,91	0,00	250,91	305.550,91	0,00	0,00	0,00
2024-02-20	2024-02-29	10	34,97	0,00	305.300,00	2.509,05	307.809,05	0,00	2.759,96	308.059,96	0,00	0,00	0,00
2024-03-01	2024-03-31	31	33,30	0,00	305.300,00	7.455,93	312.755,93	0,00	10.215,89	315.515,89	0,00	0,00	0,00
2024-04-01	2024-04-05	5	33,09	0,00	305.300,00	1.195,97	306.495,97	0,00	11.411,86	316.711,86	0,00	0,00	0,00
2024-04-06	2024-04-06	0	33,09	357.992,00	663.292,00	0,00	663.292,00	0,00	11.411,86	674.703,86	0,00	0,00	0,00
2024-04-06	2024-04-06	1	33,09	448.392,00	1.111.684,00	870,97	1.112.554,97	0,00	12.282,83	1.123.966,83	0,00	0,00	0,00
2024-04-07	2024-04-30	24	33,09	0,00	1.111.684,00	20.903,37	1.132.587,37	0,00	33.186,20	1.144.870,20	0,00	0,00	0,00
2024-05-01	2024-05-02	2	31,53	0,00	1.111.684,00	1.670,07	1.113.354,07	0,00	34.856,27	1.146.540,27	0,00	0,00	0,00
2024-05-03	2024-05-03	1	31,53	4.183.410,00	5.295.094,00	3.977,38	5.299.071,38	0,00	38.833,65	5.333.927,65	0,00	0,00	0,00
2024-05-04	2024-05-31	28	31,53	0,00	5.295.094,00	111.366,64	5.406.460,64	0,00	150.200,29	5.445.294,29	0,00	0,00	0,00
2024-06-01	2024-06-06	6	30,84	0,00	5.295.094,00	23.406,12	5.318.500,12	0,00	173.606,40	5.468.700,40	0,00	0,00	0,00
2024-06-07	2024-06-07	1	30,84	201.400,00	5.496.494,00	4.049,40	5.500.543,40	0,00	177.655,80	5.674.149,80	0,00	0,00	0,00
2024-06-08	2024-06-30	23	30,84	0,00	5.496.494,00	93.136,10	5.589.630,10	0,00	270.791,90	5.767.285,90	0,00	0,00	0,00
2024-07-01	2024-07-14	14	29,49	0,00	5.496.494,00	54.503,38	5.550.997,38	0,00	325.295,28	5.821.789,28	0,00	0,00	0,00
2024-07-15	2024-07-15	1	29,49	434.116,00	5.930.610,00	4.200,58	5.934.810,58	0,00	329.495,86	6.260.105,86	0,00	0,00	0,00
2024-07-16	2024-07-31	16	29,49	0,00	5.930.610,00	67.209,24	5.997.819,24	0,00	396.705,10	6.327.315,10	0,00	0,00	0,00
2024-08-01	2024-08-31	31	29,21	0,00	5.930.610,00	129.107,30	6.059.717,30	0,00	525.812,40	6.456.422,40	0,00	0,00	0,00
2024-09-01	2024-09-30	30	28,85	0,00	5.930.610,00	123.581,54	6.054.191,54	0,00	649.393,94	6.580.003,94	0,00	0,00	0,00
2024-10-01	2024-10-31	31	28,17	0,00	5.930.610,00	125.053,38	6.055.663,38	0,00	774.447,32	6.705.057,32	0,00	0,00	0,00



TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 55728-59391
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
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
2024-11-01	2024-11-30	30	27,90	0,00	5.930.610,00	119.990,78	6.050.600,78	0,00	894.438,10	6.825.048,10	0,00	0,00	0,00
2024-12-01	2024-12-31	31	26,39	0,00	5.930.610,00	117.984,53	6.048.594,53	0,00	1.012.422,64	6.943.032,64	0,00	0,00	0,00



TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 55728-59391
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

RESUMEN LIQUIDACION

VALOR CAPITAL	\$5.930.610,00
SALDO INTERESES	\$1.012.422,64

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	\$6.943.032,64
----------------------	-----------------------

INFORMACION ADICIONAL

TOTAL ABONOS	\$0,00
SALDO A FAVOR	\$0,00

OBSERVACIONES



**PODER CLINICA FRACTURA VS LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
55728-59391**

Desde contabilidad@fracturasyortopedia.com <contabilidad@fracturasyortopedia.com>

Fecha Mar 10/12/2024 8:00 AM

Para 'Mireya Sanchez Toscano' <mireyasanchezt@hotmail.com>

 1 archivo adjunto (157 KB)

PODER LABORAL FRA. 55728-59391.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. 55728-59391, conforme al poder anexo

Señor

JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE NEIVA (REPARTO)

E.S.D.

Referencia: Proceso **ORDINARIO 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 ORDINARIO LABORAL DE UNICA INSTANCIA** contra **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** identificada 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 **DECLARAR** la existencia de una obligación en favor de la Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda. y en consecuencia **ORDENAR** a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** el pago de las sumas liquidas inmersas en las **Facturas No. 55728, 57891, 57900, 58724, 60835, 59391**, Correspondientes a los servicios médicos hospitalarios solicitados y prestados a sus afiliados y también en cumplimiento de las obligaciones legales impuestas por los artículos 168 de la ley 100 de 1993 y 67 de la ley 715 de 2001, además de lo normado en el Decreto 056 de 2015.

Mi apoderada goza de todas las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso, en especial las de conciliar, desistir, sustituir, reasumir, interponer recurso y en general las necesarias para obtener el fiel y cabal cumplimiento del poder conferido.

De usted señor Juez,

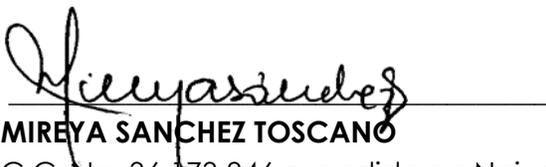


MARTHA LUCÍA POLANÍA CUBILLOS

C.C. No. 55.151.445 expedida en Neiva (H).

Correo electrónico: contabilidad@fracturasyortopedia.com (verificable en Certificado de Existencia y representación legal)

Acepto,



MIREYA SANCHEZ TOSCANO

C.C. No. 36.173.846 expedida en Neiva (H).

T.P. No. 116.256 del C.S. de la J.

Correo electrónico: mireyasanchezt@hotmail.com (verificable en el Registro Nacional de Abogados)

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
 Y SE EXHIBE DE CONFORMIDAD CON LA
 LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
 Y EL ACUERDO 130 DE 1996

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
 FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
 DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
 NACIONAL DE ABOGADOS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
 TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRE: YURLEY NATALIA
 PRESIDENTE COMITÉ SUPERIOR DE LA JUDICATURA

APELLIDOS: MAX ALEJANDRO FLOREZ RODRIGUEZ
 TRUJILLO CASTANEDA

Yurley Natalia Trujillo

UNIVERSIDAD COOP. DE COLOMBIA
 FECHA DE GRADO: 30/08/2013
 CONSERVACION: HUILA

CEDULA: 1075285045
 REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS: 110572018
 TARJETA: 333405



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 28/11/2024 - 10:59:34
Recibo No. S001659514, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 4qcAmZD5fD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.
Nit : 901025052-1
Domicilio: Neiva, Huila

MATRÍCULA

Matrícula No: 289183
Fecha de matrícula: 08 de noviembre de 2016
Ultimo año renovado: 2024
Fecha de renovación: 11 de abril de 2024
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CARRERA 4 NO. 10-53 - El centro
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico : mireyasanchezt@hotmail.com
Teléfono comercial 1 : 3002242742
Teléfono comercial 2 : 6088661838
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CARRERA 4 NO. 10-53 - El centro
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico de notificación : mireyasanchezt@hotmail.com
Teléfono para notificación 1 : 3002242742
Teléfono notificación 2 : 6088661838

La persona jurídica **NO** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016, con el No. 46224 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

Objeto social. Conforme a lo dispuesto en la legislación comercial colombiana y con base en lo

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 28/11/2024 - 10:59:34
 Recibo No. S001659514, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 4qcAmZD5fD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

consagrado por el artículo 75 de la ley 1564 de 2012, código general del proceso, según el cual podrá otorgarse poder a una persona jurídica cuyo objeto social principal sea la prestación de servicios jurídicos. En este evento, podrá actuar en el proceso cualquier profesional del derecho inscrito en su certificado de existencia y representación legal. Lo anterior, sin perjuicio de que la persona jurídica pueda otorgar o sustituir el poder a otros abogados ajenos a la firma. Las cámaras de comercio deberán proceder al registro de que trata este inciso, la sociedad sanchez toscano & cia s.A.S contará con el personal idóneo y competente para ejecutar el siguiente objeto principal: 1) La prestación de servicios en asesoría y gestión profesional y jurídica, 2) celebración y ejecución de contratos con entidades financieras y del sector real, compra y venta de cartera y administración de gestión y recuperación de recaudos, 3) celebración y ejecución de contratos, capacitaciones, estudios, análisis, recuperación de cartera, venta de cartera hipotecarias, comerciales, y en general todos los procesos de asesoría en el sector privado comercial y gubernamental, 4) a) adquirir, vender, permutar, o construir tomar o dar en arrendamiento bienes raíces o inmuebles rurales o urbanos para los objetos antes mencionados a su favor. B) solicitar y obtener cartas de crédito los objetos antes mencionados. C) constituir gravámenes reales o personales y aceptar los que le sean otorgados a su favor. D) solicitar y obtener cartas de crédito, girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar, negociar y descontar toda clase de títulos valores. E) tomar o dar dinero en mutuo o préstamo, con o sin garantía de los bienes sociales, sea con particulares, establecimientos, corporaciones financieras y demás entidades que se dediquen a operaciones de incremento comercial e industrial. F) participar en toda clase de licitaciones concursos públicos o privados y ejecutar los actos o contratos complementarios de los anteriores y los demás que tenga relación con la existencia y financiamiento de la sociedad. G) elaboración de reglamentos de propiedad horizontal y asesoría jurídica de todo lo relacionado con los bienes raíces. H) realizar todo tipo de relaciones jurídicas, administrativas, comerciales y demás transacciones que tengan que ver con el objeto social. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad. La sociedad no podrá garantizar obligaciones de terceros.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	\$ 50.000.000,00
No. Acciones	500.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 100,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	\$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	\$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 28/11/2024 - 10:59:34
Recibo No. S001659514, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 4qcAmZD5fD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

gerencia. El uso de la razón social de la compañía y su representación legal y administrativa estarán a cargo de un gerente que podrá tener uno o varios suplentes, quienes remplazarán al gerente en sus faltas absolutas, temporales o accidentales con las mismas facultades y atribuciones de este, designados por la asamblea de accionistas. En el gerente delegan los socios la personería de la empresa y su administración con las más amplias facultades dispositivas y administrativas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

funciones. Además de los actos de disposición y administración concernientes al giro ordinario de las operaciones de la sociedad, son atribuciones del gerente: A) representar legalmente a la sociedad y celebrar toda clase de actos o contratos sin límite de cuantía. B) ejecutar las decisiones y órdenes de la asamblea de accionistas y convocarla cuando así lo requieran los intereses sociales. C) custodiar los bienes sociales. D) informar cada seis (6) meses a la asamblea de accionistas acerca de los negocios ejecutados y a ejecutarse. E) rendir los informes respectivos y presentar los balances anuales correspondientes. F) constituir apoderados o mandatarios que representen a la sociedad judicial administrativa o extrajudicialmente. G) nombrar y remover los empleados de la sociedad que no sean de la competencia de la asamblea de accionistas y fijarles su remuneración. H) designar y/o remover directamente y mediante documento privado que será objeto de registro en la cámara de comercio del domicilio social de la empresa, a los profesionales en derecho que actuarán como abogados inscritos.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016 con el No. 46224 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	MIREYA SANCHEZ TOSCANO	C.C. No. 36.173.846
SUPLENTE	JUAN SEBASTIAN SUAZA SANCHEZ	C.C. No. 1.075.229.477

PODERES

Por documento privado del 13 de enero de 2020 de el Representante Legal, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 15 de enero de 2020 con el No. 55707 del libro IX, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a **MARIA CAMILA MEJIA TRUJILLO identificado con CC. No. 1075262023** y **JESUS ALBERTO CEDEÑO TORRES identificado con CC. No. 7729739** y **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA identificado con CC. No. 1075285045**, para que

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 28/11/2024 - 10:59:34
Recibo No. S001659514, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 4qcAmZD5fD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

DOCUMENTO

*) Acta No. 1 del 08 de marzo de 2018 de la Reunion 50015 del 15 de marzo de 2018 del libro IX Extraordinaria Asamblea De Accionistas

INSCRIPCIÓN

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: M6910
Actividad secundaria Código CIIU: M6920
Otras actividades Código CIIU: No reportó

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$453.610.026,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : M6910.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - REPORTE A ENTIDADES

A. Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES. b. Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 28/11/2024 - 10:59:34
Recibo No. S001659514, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 4qcAmZD5fD

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 ***

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA



SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013 PÁGINA: 1 DE 5

* * * * *

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRONICAMENTE Y CUENTA CON UN CODIGO DE VERIFICACION QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FACIL, RAPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS/

CERTIFICADO DE INSCRIPCION Y CLASIFICACION REGISTRO UNICO DE PROPONENTES

CERTIFICA:

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 6.1 DE LA LEY 1150 DE 2007, REGLAMENTADA POR DECRETO 1082 DE 2015, CON BASE EN LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL INSCRITO Y POR LAS ENTIDADES ESTATALES.

CERTIFICA:

IDENTIFICACION

QUE: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NIT: 830008686 1

NUMERO DEL PROPONENTE EN LA CAMARA DE COMERCIO: 00048875

CERTIFICA:

INSCRIPCION Y RENOVACION

FECHA DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE LOS PROPONENTES: 2018/12/31

FECHA DE ULTIMA RENOVACION EN EL REGISTRO DE LOS PROPONENTES: 2024/04/25

CERTIFICA:

DOMICILIO

DIRECCION DEL DOMICILIO PRINCIPAL
CARRERA 9 A # 99 -07, TORRE 3,PISO 14
MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C.

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

BARRIO: CHICO NORTE II

TELEFONO 1: 6019172127

CORREO

ELECTRONICO:

NOTIFICACIONESJUDICIALESLAEQUIDAD@LAEQUIDADSEGUROS.COOP

DIRECCION PARA NOTIFICACION JUDICIAL
 CARRERA 9A # 99-07, TORRE 3 PISO 14
 MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C.
 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
 BARRIO: CHICO NORET II
 TELEFONO 1: 6019172127
 CORREO
 NOTIFICACIONESJUDICIALESLAEQUIDAD@LAEQUIDADSEGUROS.COOP

ELECTRONICO:

LA INFORMACION ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL REGISTRO
 MERCANTIL O DE ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO

CERTIFICA:
 CLASIFICACION POR TAMAÑO DE LA EMPRESA

QUE EL INSCRITO SE CLASIFICO COMO:

GRAN EMPRESA

CERTIFICA:
 INFORMACION FINANCIERA

QUE EN RELACIÓN A SU INFORMACIÓN FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTÓ:

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA:	31/12/2023
ACTIVO CORRIENTE:	\$325.623.497.678,00
ACTIVO TOTAL:	\$681.913.738.347,00
PASIVO CORRIENTE:	\$348.614.514.716,00
PASIVO TOTAL:	\$618.716.292.584,00
PATRIMONIO:	\$63.197.445.763,00
UTILIDAD/PERDIDA OPERACIONAL:	\$7.520.235.171,00
GASTOS DE INTERESES:	\$1.035.810.240,00

ESTA INFORMACION FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA
 CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

CERTIFICA:
 CAPACIDAD FINANCIERA

QUE EN RELACIÓN A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD FINANCIERA EL
 PROPONENTE REPORTÓ CON CORTE A 31/12/2023:

INDICE DE LIQUIDEZ:	0,93
INDICE DE ENDEUDAMIENTO:	0,90
RAZON DE CORBERTURA DE INTERESES:	7,26

ESTA INFORMACIÓN FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA
 CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

CERTIFICA:
 CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

QUE EN RELACIÓN A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD ORGANIZACIONAL EL
 PROPONENTE REPORTÓ CON CORTE A 31/12/2023:

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO:	0,11
RENTABILIDAD DEL ACTIVO:	0,01



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013

PÁGINA: 2 DE 5

* * * * *

ESTA INFORMACIÓN FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

CERTIFICA:
CLASIFICACION

QUE EN RELACION A LOS BIENES, OBRAS Y SERVICIOS QUE OFRECERA A LAS ENTIDADES ESTATALES, IDENTIFICADOS CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL (CLASE), EL PROPONENTE REPORTO:

Table with 2 columns: Classification codes (SEGM, FAMI, CLAS, PROD) and Description (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:

Table with 2 columns: Classification codes (SEGM, FAMI, CLAS, PROD) and Description (SEGUROS DE VIDA, SALUD Y ACCIDENTES)

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 2

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROponente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO
 VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 26,77
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
=====			
84	13	16	00
=====			

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 3
 CONTRATO CELEBRADO POR:
 PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA
 NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE BECERRIL
 VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 25,57
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
=====			
84	13	16	00
=====			

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 4
 CONTRATO CELEBRADO POR:
 PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA
 NOMBRE DEL CONTRATANTE: FUNDACION SOCIAL , CULTURAL Y DEPORTIVA FUERZA
 DEL PACIFICO
 VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 32,47
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
=====			
84	13	16	00
=====			

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 5
 CONTRATO CELEBRADO POR:
 PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA
 NOMBRE DEL CONTRATANTE: INSTITUTO DE EDUCACION TECNICA PROFESIONAL DE
 ROLDANILLO
 VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 23,33
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
------	------	------	------

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA



SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013 PÁGINA: 3 DE 5

* * * * *

=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 6

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE VALLEDUPAR S.A. E.S.P.

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 230,00

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
| SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====

| 84 | 13 | 16 | 00 |

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 7

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE AVIANCA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 337,00

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
| SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====

| 84 | 13 | 16 | 00 |

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 8

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: SEGURIDAD EL PENTAGONO COLOMBIANO LIMITADA SEPECOL LTDA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 1.407,00
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
 |SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
 =====
 | 84 | 13 | 16 | 00 |
 =====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 9
 CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 56,68

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
 |SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
 =====
 | 84 | 13 | 16 | 00 |
 =====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 10
 CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: FINANCIERA JURISCOOP SA COMPAÑIA DE
 FINANCIAMIENTO

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 432,23

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
 |SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
 =====
 | 84 | 13 | 16 | 00 |
 =====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 11
 CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE
 PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 41.431,05

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
 |SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
 =====

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA



SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013 PÁGINA: 4 DE 5

* * * * *

| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 12

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL COLEGIO DE BOYACA COLBOY A.P.F.

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 121,07

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

| SEGM|FAMI|CLAS|PROD|

=====

| 84 | 13 | 16 | 00 |

=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 13

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 754,14

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

| SEGM|FAMI|CLAS|PROD|

=====

| 84 | 13 | 16 | 00 |

=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 14

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE NEIVA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 47,15

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y

SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

```
=====
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====
```

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 15

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE LTDA.

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 248,87

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

```
=====
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====
```

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 16

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR .

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 1.082,36

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

```
=====
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====
```

ESTA INFORMACIÓN FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

*****LA ANTERIOR INFORMACION CERTIFICADA YA SE ENCUENTRA EN FIRME*****
CERTIFICA:

QUE EL DIA 31 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2018 EL PROPONENTE INSCRIBIO EL REGISTRO UNICO DE PROponentES BAJO EL NUMERO 00657433 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROponentES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 31 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2018.

QUE EL DIA 10 DEL MES DE ABRIL DE 2019 EL PROPONENTE RENOVO EL

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA



SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013

PÁGINA: 5 DE 5

* * * * *

REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00672487 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 10 DEL MES DE ABRIL DE 2019.

QUE EL DIA 29 DEL MES DE ABRIL DE 2019 EL PROPONENTE ACTUALIZO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00676762 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 29 DEL MES DE ABRIL DE 2019.

QUE EL DIA 03 DEL MES DE AGOSTO DE 2020 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00720980 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 03 DEL MES DE AGOSTO DE 2020.

QUE EL DIA 26 DEL MES DE ABRIL DE 2021 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00748840 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 26 DEL MES DE ABRIL DE 2021.

QUE EL DIA 16 DEL MES DE MAYO DE 2022 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00785437 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 16 DEL MES DE MAYO DE 2022.

QUE EL DIA 02 DEL MES DE MAYO DE 2023 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00815374 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 02 DEL MES DE MAYO DE 2023.

QUE EL DIA 25 DEL MES DE ABRIL DE 2024 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00845423 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 25 DEL MES DE ABRIL DE 2024.

LA INFORMACION RELACIONADA CON LA INSCRIPCION AQUI CERTIFICADA, QUEDO EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE PUBLICACION (ARTICULO 6.3 DE LA LEY 1150 DE 2007).

CERTIFICA:

REPORTE DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DE LAS ENTIDADES DE CONTRATOS ADJUDICADOS, EN EJECUCION, EJECUTADOS MULTAS SANCIONES E INHABILIDADES

EN FIRME.

QUE LA INFORMACION QUE HAN REPORTADO LAS ENTIDADES EN RELACION CON CONTRATOS ADJUDICADOS, EN EJECUCION Y EJECUTADOS ES LA SIGUIENTE:

CONTRATOS EN EJECUCION
 ENTIDAD CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DEL CAQUETA
 MUNICIPIO: FLORENCIA (CAQUETÁ)
 NUMERO DEL CONTRATO: 401
 FECHA INICIO: 2019/05/09
 VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 71.250.000,00
 CLASIFICACION CONTRATO
 84131600 SEGUROS DE VIDA, SALUD Y ACCIDENTES
 FECHA DE INSCRIPCION: 2019/05/16
 NUMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 00680458

LA INFORMACIÓN REMITIDA POR LAS ENTIDADES ESTATALES EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 2.2.1.1.1.5.7. DEL DECRETO 1082 DE 2015, NO SERÁ VERIFICADA POR LAS CÁMARAS DE COMERCIO POR LO TANTO LAS CONTROVERSIAS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN REMITIDA POR LAS ENTIDADES ESTATALES, DEBERÁN SURTIRSE ANTE LA ENTIDAD ESTATAL CORRESPONDIENTE Y NO PODRÁN DEBATIRSE ANTE LAS CÁMARAS DE COMERCIO.

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA,
 VALOR : \$ 68,000

 PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

 ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURÍDICA CONFORME A LA LEY 527 DE 1999.

 FIRMA MECÁNICA DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA AUTORIZACIÓN IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996.


 CONSTANZA PUENTES TRUJILLO



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/11/2024 - 09:11:59
 Recibo No. H000104761, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN VcEVsJ9Vtk

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 Nit : 800110181-9
 Domicilio: Neiva, Huila

MATRÍCULA

Matrícula No: 49920
 Fecha de matrícula: 25 de octubre de 1990
 Ultimo año renovado: 2024
 Fecha de renovación: 13 de marzo de 2024
 Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal
 Municipio : Neiva, Huila
 Correo electrónico : contabilidad@fracturasyortopedia.com
 Teléfono comercial 1 : 8756349
 Teléfono comercial 2 : 8753436
 Teléfono comercial 3 : 3158524962

Dirección para notificación judicial : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal
 Municipio : Neiva, Huila
 Correo electrónico de notificación : contabilidad@fracturasyortopedia.com

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 1496 del 03 de octubre de 1990 de la Notaria 3a. De Neiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de octubre de 1990, con el No. 3507 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 15 de octubre de 2030.

OBJETO SOCIAL

objeto social: La sociedad tiene como objeto principal las siguientes actividades: La explotación de la actividad medica, humana, como el de consulta, hospitalización, cirugía,



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/11/2024 - 09:11:59
Recibo No. H000104761, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN VcEVsJ9Vtk

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

primeros auxilios, la compra, venta y distribución de droga médica, compra y venta de mercancías afines en general. En desarrollo de su objeto principal la sociedad puede: Adquirir bienes muebles e inmuebles; ejecutar en su propio nombre o de terceros en asociación permanente o accidental, todos los contratos comerciales, administrativos y actos mercantiles necesarios para ello y en especial celebrar toda clase de contratos, operaciones o actos que tengan relación diversa con el objeto social o cuya finalidad son ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legales o convencionalmente derivados de la existencia de la sociedad.

CAPITAL

El capital social corresponde a la suma de \$ 12.060.000,00 dividido en 402,00 cuotas con valor nominal de \$ 30.000,00 cada una, distribuido así:

- Socios capitalistas

HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Nro. Cuotas 67	CC. 19226380 Valor \$ 2.010.000,00
FRANCISCO HERNANDO GARCIA RAMIREZ Nro. Cuotas 134	CC. 4951502 Valor \$ 4.020.000,00
VERONICA TEODOLINDA GONZALEZ ZABALA Nro. Cuotas 67	CC. 51633089 Valor \$ 2.010.000,00
MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS Nro. Cuotas 134	CC. 55151445 Valor \$ 4.020.000,00
Totales Nro. Cuotas: 402	Valor: \$ 12.060.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

Representación legal: La sociedad tendrá un gerente de libre nombramiento y remoción de la junta general de socios, el cual tendrá un subgerente que lo reemplazará en sus faltas absolutas, temporales o accidentales y cuya designación y remoción corresponderá también a la junta.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

facultades del representante legal: El gerente es el representante legal de la sociedad, con facultades, por lo tanto, para ejecutar todos los actos y contratos acordes con la naturaleza de su encargo y que se relacionen directamente con el giro ordinario de los negocios sociales, en especial, el gerente tendrá las siguientes funciones: A) usar de la firma o razón social; b) designar al secretario de la compañía, que lo será también de la junta general de socios; c) designar los empleados que requiera el normal funcionamiento de la compañía y señalarles su remuneración, excepto cuando se trate de aquellos que por ley o por los estatutos deban ser designados por la junta general de socios; d) presentar un informe de su gestión a la junta general de socios en sus reuniones ordinarias y el balance general de fin de ejercicio con un



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/11/2024 - 09:11:59
 Recibo No. H000104761, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN VcEVsJ9Vtk

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

proyecto de distribución de utilidades; e) convocar a la junta general de socios a reuniones ordinarias y extraordinarias; f) nombrar los arbitros que correspondan a la sociedad en virtud de compromisos, cuando así lo autorice la junta general de socios, y de la cláusula compromisoria que en los estatutos se pacta; y g) constituir los apoderados judiciales necesarios para la defensa de los intereses sociales. Parágrafo: El gerente requerirá autorización previa de la junta general de socios para la ejecución de todo acto o contrato que exceda de quinientos treinta (530) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv).

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 27 del 05 de septiembre de 2000 de la Junta de Socios, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 25 de septiembre de 2000 con el No. 14794 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS	C.C. No. 55.151.445

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 062 del 23 de abril de 2021 de la Junta Extraordinaria De Socios, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 27 de mayo de 2021 con el No. 60559 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	JIMENO PERDOMO VALDERRAMA	C.C. No. 7.684.423	71112-T
REVISOR FISCAL SUPLENTE	LEIDY CAROLINA ZAPATA SANCHEZ	C.C. No. 1.075.274.603	233651-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) E.P. No. 2183 del 17 de diciembre de 1990 de la Notaria 3a. De Neiva	3892 del 26 de marzo de 1991 del libro IX
*) E.P. No. 387 del 09 de febrero de 1993 de la Notaria 3a. De Neiva	5838 del 08 de marzo de 1993 del libro IX
*) E.P. No. 559 del 17 de febrero de 1997 de la Notaria 3a. De Neiva	10203 del 04 de marzo de 1997 del libro IX
*) E.P. No. 336 del 03 de febrero de 1998 de la Notaria 3a. De Neiva	11442 del 09 de febrero de 1998 del libro IX
*) E.P. No. 70 del 30 de enero de 2003 de la Notaria Cuarta Neiva	17714 del 13 de febrero de 2003 del libro IX
*) E.P. No. 2153 del 12 de diciembre de 2005 de la Notaria Segunda Neiva	20974 del 19 de diciembre de 2005 del libro IX
*) E.P. No. 2178 del 15 de octubre de 2010 de la Notaria Cuarta Neiva	28345 del 27 de octubre de 2010 del libro IX
*) E.P. No. 1935 del 21 de agosto de 2012 de la Notaria Cuarta Neiva	33632 del 30 de agosto de 2012 del libro IX



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/11/2024 - 09:11:59
Recibo No. H000104761, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN VcEVsJ9Vtk

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.

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 ORTOPIEDIA
Matrícula No.: 49921
Fecha de Matrícula: 25 de octubre de 1990
Último año renovado: 2024
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal
Municipio: Neiva, Huila

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARA DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/11/2024 - 09:11:59
Recibo No. H000104761, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN VcEVsJ9Vtk

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.

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 ***
