CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.01.19	09:36:37	2023.02.18

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 41070

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

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 151621,152486

CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2022.12.15 - 21:44 2022.12.30 - 09:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 83161141 CORDOBA MARIN YON JAIRO EDAD : 44 Años
DIRECCION: LA ESPERZANZA HOBO TELEFONO: 3118879929

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	195,700	195,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,819	19,276
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,500	14,000
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19933608	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	2022.12.15	873206		JAB				1	56,300	56,300
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.12.15	873121		JAB				1	73,000	73,000
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2022.12.15	873411		JAB				1	62,000	62,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.12.15	871121		JAB				1	80,000	80,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.12.15	871121		JAB				1	80,000	80,000
21701	CRANEO SIMPLE	2022.12.15	879111		JAB				1	558,000	558,000
21712	TORAX	2022.12.15	879301		JAB				1	580,700	580,700
LABORATORIOS											
19062	AMILASA	2022.12.16	903805						1	21,700	21,700
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2022.12.16	903825						1	16,000	16,000
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2022.12.16	902208						1	27,700	27,700
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2022.12.16	903841						1	16,700	16,700
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2022.12.16	902045						1	40,300	40,300
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2022.12.16	902049						1	39,300	39,300
19959	TROPONINA T	2022.12.16	903438						1	85,300	85,300
OTROS											
36102	CONSULTA DE URGENCIAS (PARA SOLUCION DE PROBLEMAS AGUDOS, DOLOROSOS, HEMORRAGICOS, TRAUMATICOS O INFECCIOSOS)	2022.12.16	890703		GMA				1	29,700	29,700
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2022.12.16	890402		DAO				1	63,700	63,700
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2022.12.16	890402		CCE				1	63,700	63,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.12.16	890302		FGR				1	57,700	57,700

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA ... IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LI

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODO ... 7 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR ... 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 1 ... *una vigencia de* ... *12 Meses*

Modalidad ELECTRONICA ... *00000 AUTORIZA*

Cufe: 707ea32f6b5381ab9a85cf8509c2ec58eb7ec201b73d6004827a5442b27e6a0699792dfe9897fb8a934b9e1c3d476022

Recibido!
1 de Febrero del 2023
20096557

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.01.19	09:36:37	2023.02.18

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 41070

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

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 151621,152486

CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2022.12.15 - 21:44 2022.12.30 - 09:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 83161141 CORDOBA MARIN YON JAIRO
EDAD : 44 Años
DIRECCION: LA ESPERZANZA HOBO TELEFONO: 3118879929

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	195,700	195,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,819	19,276
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,500	14,000
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19933608	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	2022.12.15	873206		JAB				1	56,300	56,300
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.12.15	873121		JAB				1	73,000	73,000
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2022.12.15	873411		JAB				1	62,000	62,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.12.15	871121		JAB				1	80,000	80,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.12.15	871121		JAB				1	80,000	80,000
21701	CRANEO SIMPLE	2022.12.15	879111		JAB				1	558,000	558,000
21712	TORAX	2022.12.15	879301		JAB				1	580,700	580,700
LABORATORIOS											
19062	AMILASA	2022.12.16	903805						1	21,700	21,700
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2022.12.16	903825						1	16,000	16,000
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2022.12.16	902208						1	27,700	27,700
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2022.12.16	903841						1	16,700	16,700
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2022.12.16	902045						1	40,300	40,300
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2022.12.16	902049						1	39,300	39,300
19959	TROPONINA T	2022.12.16	903438						1	85,300	85,300
OTROS											
36102	CONSULTA DE URGENCIAS (PARA SOLUCION DE PROBLEMAS AGUDOS, DOLOROSOS, HEMORRAGICOS, TRAUMATICOS O INFECCIOSOS)	2022.12.16	890703		GMA				1	29,700	29,700
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2022.12.16	890402		DAO				1	63,700	63,700
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2022.12.16	890402		CCE				1	63,700	63,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.12.16	890302		FGR				1	57,700	57,700

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

25

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

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

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

Cufe: 707ea32f6b5381ab9a85cf8509c2ec58eb7ec201b73d6004827a5442b27e6a0699792dfe9897fb8a934b9e1c3d476022

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.01.19	09:36:37	2023.02.18

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 41070

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.12.30	890302		FGR				1	57,700	57,700
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2022.12.15	890701		JAB				1	65,700	65,700
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2022.12.15	S22101		VIC				1	23,700	23,700

VALOR BRUTO:	2,358,050	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,358,050

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CINCUENTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.01.19 09:37:53 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

24

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

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

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

Cufe: 707ea32f6b5381ab9a85cf8509c2ec58eb7ec201b73d6004827a5442b27e6a0699792dfe9897fb8a934b9e1c3d476022

FACTURA:	41070
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,086,931
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,271,119
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

GN

Usuario CAMILO ANDRES TORRES ORTIZ

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 41070

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

CORDOBA — 1er.Apellido o Razon Social

MARIN — 2do.Apellido

YON — 1er.Nombre

JAIRO — 2do.Nombre

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

No. Documento: 83161141

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 1978/09/9 Sexo: [ ] F [X] M

Direcci¾n: LA ESPERANZA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3118879929

Municipio: HOBO Cod. 349

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]

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

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

Incendio [ ]

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

Direcci¾n de la Ocurrencia: KM 63 MAS 300 MTRS

Fecha Evento/Accidente: 2022/12/15 Hora: 18:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Zona: [ ] U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA 304ACQ PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UNA TURBO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

Marca: AYCO Placa: 304ACQ

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

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

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

Poliza SOAT No 8095659500 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/11 Hasta: 2023/12/10

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LASSO — 1er.Apellido o Razon Social

GOMEZ — 2do.Apellido

ANAYIBE — 1er.Nombre

2do.Nombre

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

No. Documento 1081699300

Direccion: NO REGISTRA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Telefono: 3118879929 Total Folios: 0

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CORDOBA	MARIN

1er.Nombre	2do.Nombre
YON	JAIRO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 83161141

Direcci¾n: LA ESPERANZA

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telúfono:** 3118879929

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2022/12/15 a las 19:02

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HUILA-HOBO **C¾digo de inscripci¾n:** 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 **Telefono:** 8384053

Profesional que Remite: YOHEIMYS MESTRE **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2022/12/15 a las 19:17

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

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

Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2022/12/15 a las 21:44 **Fecha de Egreso:** 2022/12/30 a las 09:53

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico relacionado de Ingreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico presuntivo de Egreso
S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico definitivo de Egreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Egreso
S202 CONTUSION DEL TORAX

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO

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

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de MÚdico 1061724214

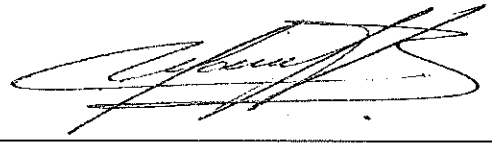
X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2358050	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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



DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS

83161141 - 54889

FECHA EMISION: 23.01.19
HORA: 11:07:52

PACIENTE: CORDOBA MARIN YON JAIRO

DOC.IDENT: CC 83161141 SEXO: MASCULINO DIRECCION: LA ESPERANZA
FCHA.NACTO: 78.09.09 EDAD: 44 A CIUDAD: HOBO TEL: 3118879929
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 22.12.15 HORA DE INGRESO: 21:44
SERVICIO DE EGRESO: - FECHA DE EGRESO: 22.12.30 HORA DE EGRESO: 09:53
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S500 - CONTUSION DEL CODO
CONFIRMADO: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA
RELACIONADO2: T141 - ABRASIONES

FECHA: 22.12.15-22:09:03 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA 304ACQ PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UNA TURBO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: HOBO VALORADO A LAS: 21+44 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 15/12/2022 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 18 : 00 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: DICLOFENACO, DEXAMETASONA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTAS. AHORA CON DOLOR EN CABEZA, REJA COSTAL IZQUIERDA, CODO DERECHO, RODILLA IZQUIERDA Y PELVIS NIEGA TRAUMA: EN CUELLO, ABDOMEN, NO HAY CLARIDA SOBRE PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, AMNESIA PARCIAL DEL EVENTO.

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

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

NIEGA.

TA: 130/70 FC: 85 FR: 18 TEMP: 36.78 SATO2: 95 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad DOLOR A LA PALPACION, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral: MULTIPLES EXODONCIAS, DOLOR EDEMA ENCIAS. Cara ABRASION LIMPIA LEVE DOLOR PALPACION FRONTAL.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, ABRASION DOLOR A LA PALPACION HEMITORAX IZQUIERDO, 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 irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>

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

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 MANO DERECHA, DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN CODO DERECHO, RODILLA IZQUIERDA. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. CEFALEA 7/10 CONFUSO SOBRE EL EVENTO, No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES LIMPIAS EN: RODILLA IZQUIERDA.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- TIEMPOS (TPT, TP, INR). 4 - AMILASA. 5- TROPONINA. 6 -GLICEMIA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
TAC CEREBRAL SIMPLE

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 4 HORAS, REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACION POR ORTOPEDISTA, CIRUJANO GENERAL, ODONTOLOGIA Y NEUROCIRUJANO. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, GLASGOW 15/15 NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS. (INICIO A LAS 03 AM), DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO MEDICO, VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACION POR ORTOPEDISTA, CIRUJANO GENERAL, ODONTOLOGIA Y NEUROCIRUJANO.

- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.

22

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

- DIETA BLANDA.
- 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, CIRUJANO GENERAL, ODONTOLOGIA Y NEUROCIRUJANO
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

FECHA: 22.12.15-22:23:33 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:11 / 22:22 DURACION: 00:11

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN REGION FRONTAL + CODO DERECHO + RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

FECHA: 22.12.15-23:25:20 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

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

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.

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

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

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL): FRACTURA CONSOLIDADA DE CLAVICULA DERECHA, MATERIAL DE OTS EN HUMERO IZQUIERDO Y TEJIDOS BLANDOS BRAZO IZQUIERDO, SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES.

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

FECHA: 22.12.15-23:26:57 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

TAC DE TORAX

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE CON TRAUMA EN TORAX ALGIDO A NIVEL COSTAL QUE DIFICULTA LA IMSPIRACCION SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS EN RX POR LO CUAL SS TAC DE TORAX PARA ACLARACCION DIAGNOSTICA EN EL CONTEXTO DE TRAUMA EN TORAX CON PERSISTENCIA DE SINTOMAS.

FECHA: 22.12.16-00:00:10 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

TAC DE TORAX: NO SE EVIDENCIAN IMÁGENES COMPATIBLES CON NEUMO, NI HEMOTORAX, NO HAY COMPROMISO ÓSEO, NO ALTERACIONES CARDIACAS EVIDENTE.

PARACLINICOS DE: 15/12/2022
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 10.61 %NEUTROFILOS: 72.8 % LINFOCITOS: 21.0 HEMOGLOBINA: 14.4 %HEMATOCRITO: 40.1 MCV: 85.4 MCH: 30.6 PLAQUETAS: 232.000 GLICEMIA: 122 AMILASA 68 TIEMPOS: TP: 14.70 TPT: 26.50 INR: 1.19 CREATININA : 0.7 TROPONINA NEGATIVA

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

FECHA: 22.12.16-05:34:45 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 125/72 FR: 18 T: 36.5, P: 85 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACCION POR VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA, CIRUJANO GENERAL, ODONTOLOGIA Y NEUROCIRUJANO, CON EVOLUCIÓN

20

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

FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDISTA, CIRUJANO GENERAL, ODONTOLOGIA Y NEUROCIRUJANO
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

FECHA: 22.12.16-07:44:45 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CARA , RODILLA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA IZQUIERDA ESCORIACION EEMA Y DOLOR EN CARA ANTERIOR . BUEA MOVILIDDA NO NESTABILIDAD .
NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSDION Y ESCORIACION RODILLA IZQ
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 2 DIAS

FECHA: 22.12.16-08:33:05 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). GMA - GINA MERICY ANDRADE - C.C. 36067086 - REG. MEDICO: 36067086 - ONDOTOLOGIA GRAL)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

Valoración odontologica
Paciente valorado en servicio de urgencias por trauma dentoalveolar, por accidente de transito, presenta, movilidad dental y fractura de los mismos. Se da instrucciones de higiene oral y dieta, se remite por consulta externa para toma de radiografia y definir diagnosticos y tratamiento. Se cierra consulta con odontologia

FECHA: 22.12.16-10:43:16 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

CIRUGIA GENERAL
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, EN PELVIS Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: FRACTURA DE CLAVICULA DERECHA, OTS DE HUMERO CON RETIRO PARCIAL DE MATERIAL. NIEGA OTROS ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 114/68 MMHG, FC: 74 X MIN, FR: 16 X MIN, SATURACION: 99%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
TORAX: ABRASION EN PARED ANTERIOR DE TORAX, DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQUIERDA, SIN CREPITOS NI

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

ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:
RX DE TORAX Y TAC DE TORAX : SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES
PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

FECHA: 22.12.16-16:54:00 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). GMA - GINA MERICY ANDRADE - C.C. 36067086 - REG. MEDICO: 36067086 - ONDOTOLOGIA GRAL)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

NEUROCIRUGIA
PACIENTE QUIEN REFIERE QUE AYER A LAS 4 PM ES ARROLLADO POR CAMION SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO, DESDE ALLI REFIERE NO HA TENIDO CEFALEA NI EMESIS, LA FAMILIAR DICE NO HA TENIDO DESORIENTACION NI HABLA INCOHERENTE
AL EF
ALERTA ORIENTADO PINRAL SIMETRIA FACIAL NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO NO DOLOR A LA PALPACION CERVICODORSOLUMBAR, ABRASIONES FACIALES Y EN RODILLAS
TAC CEREBRAL SIMPLE
NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA NO FRACTURAS
A. PACIENTE SIN SIGNOS NI SINTOMAS DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA SIN LESIONES INTRACRANEANAS POR TRAUMA POR LO CUAL NO REQUIERE MANEJO POR NEUROCIRUGIA
PLAN
ALTA POR NEUROCIRUGIA.

FECHA: 22.12.16-17:04:13 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)

>> DE LA EVOLUCION

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

NEUROCIRUGIA
NOTA ACLARATORIA LA HISTORIA ANTERIOR FUE REALIZADA POR NEUROCIRUGIA DRA EDNA KATHERINE CAMARGO

FECHA: 22.12.16-17:09:59 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO:

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

1061724214 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION
*** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
SALIDA CON:

** OTROS:

SS CONTROL AMBULATORIO POR ODONTOLOGIA

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON CIRUGIA GENERAL , CON DOCTOR: MADURO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: GARCIA.
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: 11.
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) RECOMENDACIONES: GUARDAR REPOSO, NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS, NO TRASNOCHAR, NO ASOLEARSE
7) CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA: -DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS. -VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS. -TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE. - DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO). - PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN. - DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE. - ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO QUE EMPEORE (INESTABILIDAD, MAREO...). - VISIÓN DOBLE O BORROSA. -PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD. - CONVULSIONES. - APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ
8) DORMIR EN POSICION SEMISENTADA, EL DOLOR AUMENTARA EN LAS PRIMERAS 72 HORAS POSTERIOR AL ACCIDENTE, NO CARGAR PESO, NO CONVIVIR CON PERSONAS CON GRIPE, LE DOLERA: SI TOSE, SI REALIZA EJERCICIO INTENSO, NO REALIZAR LABORES DOMESTICAS QUE INCLUYAN MOVIMIENTO EXCESIVOS.
9) RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
10) TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL SEGUIMIENTO CON TIEMPO, PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
11) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

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.
2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

>> DE LA EVOLUCION
*** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS,

17

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

INDICACIONES TERAPEUTICAS) ***
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO REMITIDO DE PRIMER NIVEL, AL INGRESO SE ATIENDE, CONTINUA MANEJO SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, POR PERSISTENCIA DE DOLOR LIMITACIÓN ES VALORADO POR CIRUGIA GENERAL, NEUROCIRUGÍA, ORTOPEDIA, QUIEN DESCARTA LESIONES, POR LO CUAL INDICA MANEJO MEDICO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO. ADEMAS VALORADO POR ODONTOLOGIA QUIEN INDICA MANEJO 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.

FECHA: 22.12.16-17:10:34 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION
*** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.12.16-17:10:14 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

FECHA: 22.12.30-09:33:43 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

>> DEL INGRESO

*** MOTIVO DE LA ATENCION ***
VIENE PORQUE CONTINUA CON DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA LUEGO DEL ACCIDNETE DE TRANSITO

*** ENFERMEDAD ACTUAL ***
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDNETE D ETRANSITO EL DIA 15 DE DICIEMBRE DEL 2022 CON TRAUMA EN CODO DERECHO, PEÑVIS, RODILLA IZQUIERDA

*** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA ***
BUENO

TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN ; BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : RODILLA IZQUIERD: NO DOLOR UBICABLE, BUENA MOVILIDAD
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

*** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***

16

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

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
ALTA

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.12.30-09:53:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: 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

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

Registro Medico:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 151621

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -151621 **Fecha** 2022/12/15

Nombre Paciente: CORDOBA MARIN YON JAIRO - 83161141 **Edad:** 44 **Sexo:** M

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
2. S500-CONTUSION DEL CODO DERECHO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA
4. T141-ABRASIONES
5. S300-CONTUSION DE LA PELVIS
6. S009-TCE LEVE

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
2. S500-CONTUSION DEL CODO DERECHO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA
4. T141-ABRASIONES
5. S300-CONTUSION DE LA PELVIS
6. S009-TCE LEVE

Descripcion de las Intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN REGION FRONTAL + CODO DERECHO + RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,16-Dic-2022 11:11:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**	**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS		
860028415 CORDOBA MARIN YON JAIRO	EVENTO		**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE		
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2022.12.1	21:44
001 0 SOAT	OTRO REGIMEN	44 Años		**Fecha Egreso** :	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
83161141	CORDOBA MARIN YON JAIRO	1 NIVEL I	HOBO	LA ESPERZANZA	3118879929

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2022.12.15	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2022.12.15	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2022.12.15	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2022.12.15	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00
2022.12.15	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00

PACIENTE: 83161141 CORDOBA MARIN YON JAIRO **EDAD:** 44

DIRECCION: LA ESPERZANZA **TELEFONO:** 3118879929

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-54342 **FECHA SINIESTRO:** 2022.12.15 **Nº POLIZA:** 8095659500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	jueves, 15 de diciembre de 2022					
22:10:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
22:10:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
22:10:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
22:10:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	MLD	
22:10:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	MLD	
22:10:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
				TOTAL SUMINISTRADO:	8.00	
FECHA DEL CONTROL :	viernes, 16 de diciembre de 2022					
03:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MLD	
03:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
10:10:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
10:10:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	VACI	
11:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
11:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
11:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	VACI	
11:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VACI	
14:10:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:10:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:10:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	MFA	
14:10:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
				TOTAL SUMINISTRADO:	14.00	

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: CORDOBA MARIN YON JAIRO | No. Identif. 83161141 | Edad. 44

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS | Fecha: 2022.12.16

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.

2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

Juan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

MEDICO

FARMACIA

Jhon Jairo Cordoba

PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -176718

FECHA EMISION:	2022.12.16
HORA:	17:12:12
PAGINA No:	1

USUARIO: CORDOBA MARIN YON JAIRO
FECHA DE PEDIDO: 2022/12/16
DOC.IDENT: CC 83161141 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

Jhon Jairo Cordda
Recibido Paciente

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

Informe preliminar

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

CORDOBA MARIN YON JAIRON
83161141
Masculino
44 Años

Orden No. 202212150032

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado		Unidades	Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	10.61		x 10^3/ul		15/12/2022 23:34
Recuento de Globulos Rojos	4.70		x 10^6/ul	3.50 - 5.50	15/12/2022 23:34
Hemoglobina	14.4		g/dl	11.0 - 15.0	15/12/2022 23:34
Hematocrito	40.1		%	36.0 - 48.0	15/12/2022 23:34
Volumen Corpuscular Medio	85.4		fL	80.0 - 99.0	15/12/2022 23:34
Hemoglobina Corpuscular Media	30.6		pg	26.0 - 32.0	15/12/2022 23:34
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.8		g/dl	32.0 - 36.0	15/12/2022 23:34
Recuento de Plaquetas	232		x 10^3/ul	150 - 450	15/12/2022 23:34
Neutrofilos %	72.8		%	50.0 - 70.0	15/12/2022 23:34
Linfocitos %	21.0		%	20.0 - 40.0	15/12/2022 23:34
Monocitos %	6.0		%	1.0 - 8.0	15/12/2022 23:34
Eosinofilos %	0.20	*	%	3.00 - 7.00	15/12/2022 23:34
Basofilos %	0.00		%	0.00 - 1.00	15/12/2022 23:34
Neutrofilos #	7.73		x 10^3/ul	2.00 - 7.80	15/12/2022 23:34
Linfositos #	2.22		x 10^3/ul	0.60 - 4.10	15/12/2022 23:34
Monocitos #	0.63		x 10^3/ul	0.10 - 1.80	15/12/2022 23:34
Eos'nofilos #	0.03	*	x 10^3/ul	0.30 - 0.70	15/12/2022 23:34
Basofilos #	0.00		x 10^3/ul	0.00 - 0.10	15/12/2022 23:34
Volumen Plaquetario Medio	9.1		fL	7.4 - 10.4	15/12/2022 23:34
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.4		fL	39.0 - 46.0	15/12/2022 23:34
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.7		%	11.5 - 14.5	15/12/2022 23:34
PDW	15.8				15/12/2022 23:34
PCT	0.212		%		15/12/2022 23:34

Validado por: Kelly Ruiz
BACTERIOLOGA

BIOQUIMICA					
AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	68.0		U/ml	30.0 - 110.0	15/12/2022 23:36
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	122.0	*	mg/dl	74.0 - 106.0	15/12/2022 23:36
METODO: QUIMICA SECA.					
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7		mg/dl	0.7 - 1.3	15/12/2022 23:36

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 861 3405 Neiva

Informe preliminar
Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2022-12-15 23:09

Paciente

CORDOBA MARIN YON JAIRON
83161141
Masculino
44 Años

Orden No. 202212150032

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
BIOQUIMICA				
TROPONIINA I CUALITATIVA	NEGATIVA			15/12/2022 23:36
TÉCNINA: PRUEBA RAPIDA POR INMUNOCROMATOGRAFIA DE PLACA.				
Validado por: Kelly Ruiz BACTERIOLOGA				
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	14.70	seg	11.30 - 18.30	15/12/2022 23:37
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	26.50	seg	22.00 - 38.00	15/12/2022 23:38
INR	1.19			15/12/2022 23:37
Validado por: Kelly Ruiz BACTERIOLOGA				

8

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.01.18
HORA: 10:55:43
PAGINA No: 1

Numero: 74740 Fecha Ex. 15/12/22 Hora 17:47
Nombre Paciente: 83161141 CORDOBA MARIN YON JAIRO
Dirección: LA ESPERZANZA Telefono:3118879929 Edad:44 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

*HALLAZGOS

Solo hay una proyección oblicua del codo derecho en el que se advierten estructuras osteoarticulares del codo con características satisfactorias.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

*HALLAZGOS

Proyección AP del tórax con paciente en decúbito dorsal en la que se advierte importante prominencia de los hilios con imagen nodulares del lirio derecho que se recomienda aclarar.
No hay focos pulmonares consolidativos.
Mediastino magnificado con un pedículo cardio aórtico dentro de límites usuales.
Hay fractura de la clavícula derecha moderadamente desplazada.

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 REJA COSTAL IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la reja costal izquierda observándose las costillas óseas izquierdas con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea satisfactorias.
No se confirma la presencia de focos de fracturas costales izquierdas en las proyecciones presentadas.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo las cavidades aéreas y las estructuras óseas tienen aspecto satisfactorio.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos tienen contexto normal.
La cisterna de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoidea cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

7

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.01.18
HORA:	10:55:43
PAGINA No:	2

Numero: 74740 Fecha Ex. 15/12/22 Hora 10:55
Nombre Paciente: 83161141 CORDOBA MARIN YON JAIRO
Dirección: LA ESPERZANZA Telefono:3118879929 Edad:44 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

FIRMA _____

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

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.01.18
HORA:	11:02:02
PAGINA No:	1

Numero: 74741 Fecha Ex. 15/12/22 Hora 11:01
Nombre Paciente: 83161141 CORDOBA MARIN YON JAIRO
Dirección: LA ESPERZANZA Telefono:3118879929 Edad:44 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE TORAX Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el tórax en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el opérculo torácico hasta planos inferiores de las hemidiafragmas.

HALLAZGOS:

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte alteraciones del aspecto externo de la clavícula derecha por previo trauma óseo.
A nivel del tejido pulmonar se advierte adecuada expansión pulmonar bilateral.
El aspecto y la distribución de la trama vascular pulmonar son normales.
No hay focos pulmonares consolidativos.
Hay pequeñas bandas laminares hipodensas para hiliares y basales posteriores bilaterales pueden estar relacionados con pequeños derrames pleurales.
No se observan cámaras de neumotórax.
A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea principal, la tráquea, la Carina y los bronquios fuentes con aspecto normal.
El cayado aórtico se advierte sin alteraciones.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
No se confirma cardiomegalia.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
El trayecto esofágico esta conservado.
No se observan masas ni nódulos mediastinales.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

FIRMA

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

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, 15 - 12 - 22

Señores la equidad
Ciudad Neiva.

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

Yo Yon Jairo Cordoba identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____ , con identificación No. 83161141 , con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad la equidad , producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente



Jhon Jairo Cordoba.

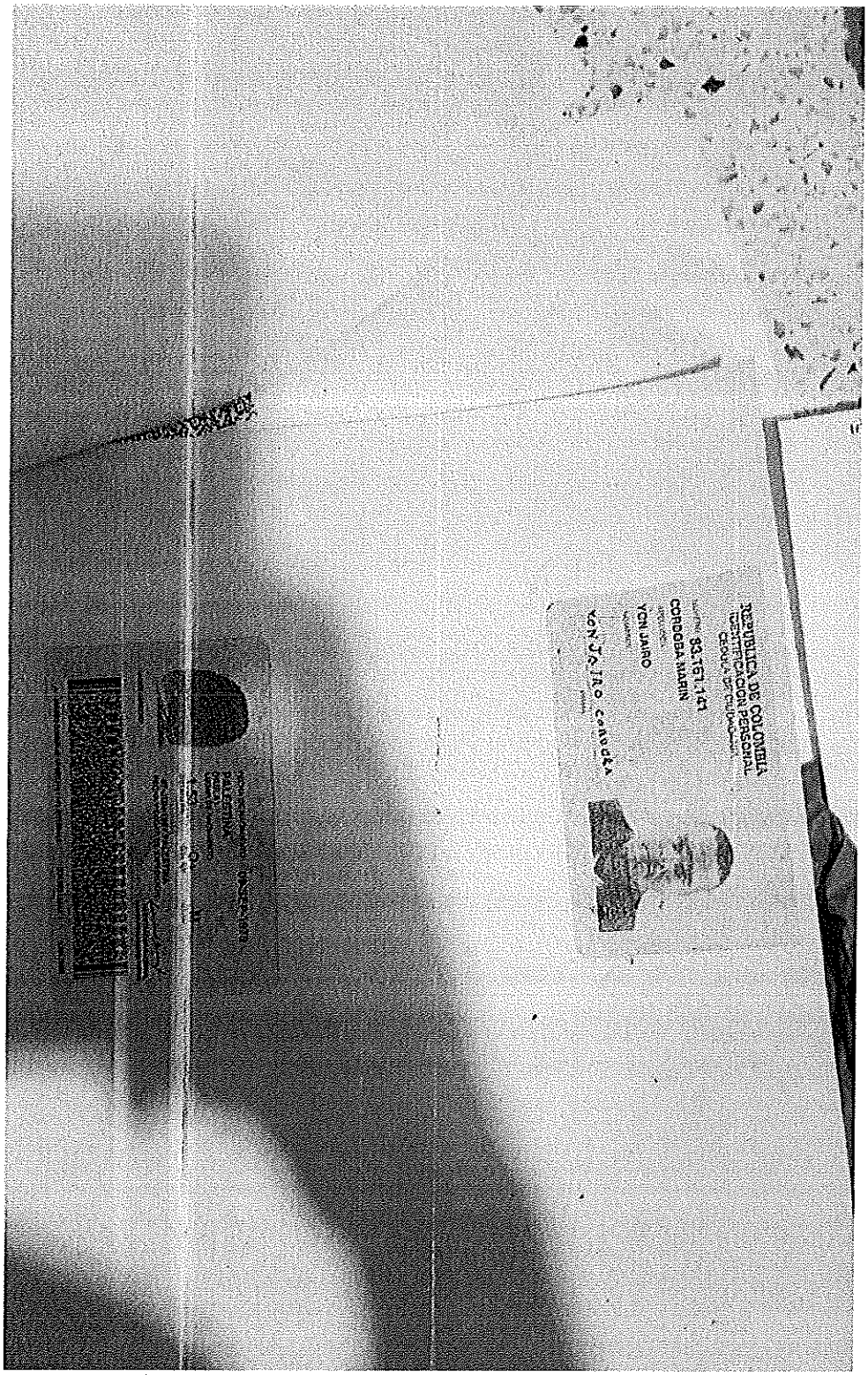
Firma
Nombre:
c.c. 83161141

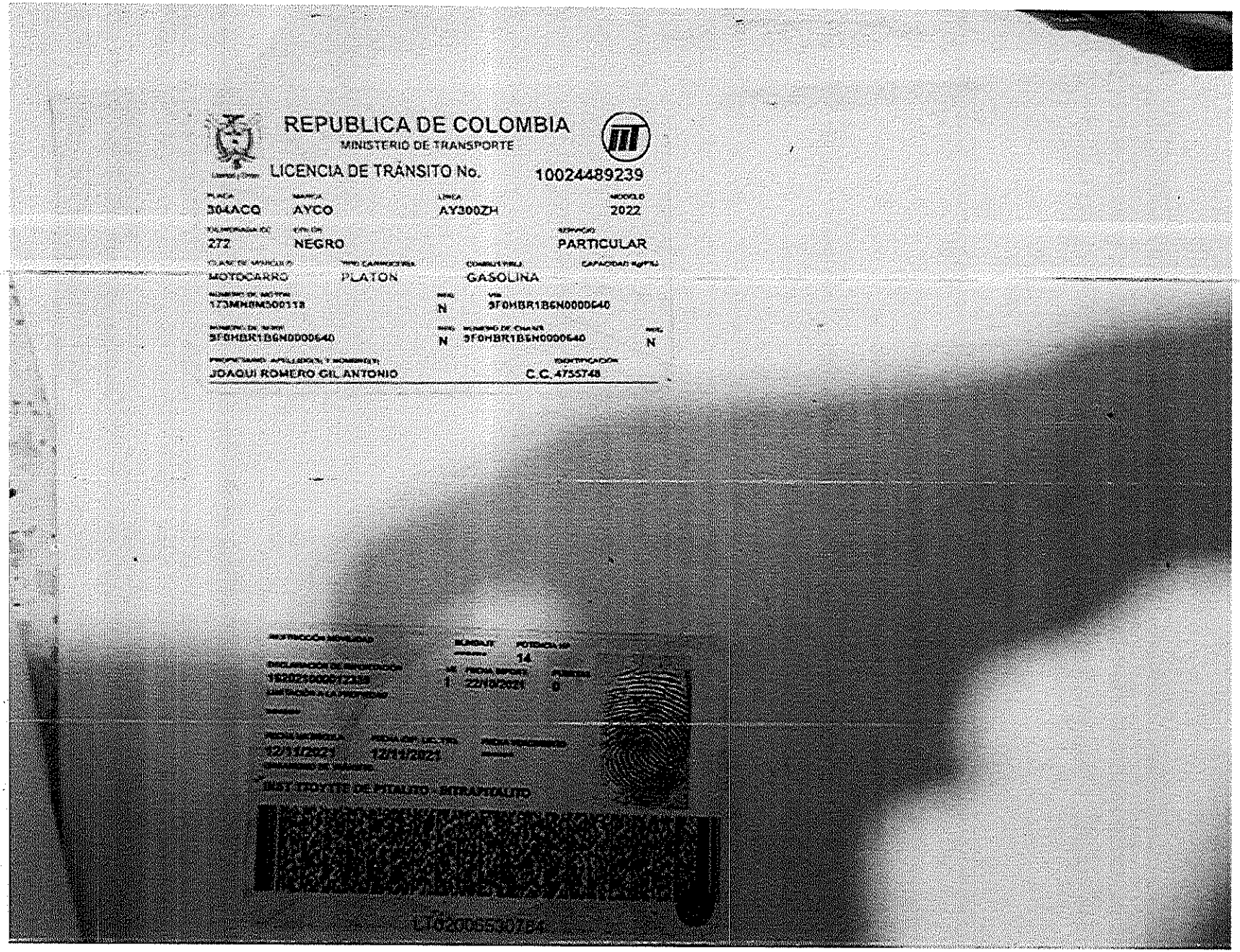
Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 83.157.141
CORDOBA MARIN
APELLIDOS
YON JAIRO
NOMBRES
YON JAIRO CORDOBA



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. 10024489239

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
304ACQ	AYCO	AY300ZH	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
272	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PAS
MOTOCARRO	PLATON	GASOLINA	

NUMERO DE MOTOR	SERIE	VIN
1T3MNBM500118	N	9F0HBR1B6N0000640

NUMERO DE SERIE	SERIE	NUMERO DE CHASIS	SERIE
9F0HBR1B6N0000640	N	9F0HBR1B6N0000640	N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES / IDENTIFICACION

JOAQUI ROMERO GIL ANTONIO C.C. 4755748

		BLINDAJE	POTENCIA HP
			14

DECLARACION DE IMPORTACION	No	FECHA IMPORT.	PUERTOS
18202100001233	1	22/09/2021	0

FECHA MATRICULA	FECHA DE LIC. TRA.	FECHA VENCIMIENTO
12/11/2021	12/11/2021	

AUT TRANSITO DE PITALITO - STRAPITALITO

LJ1020065307B4

SOAT

equidad seguros

2022-12-10	2022-12-11	2023-12-10

6095659500	304ACQ	MOTO CARRO	PARTICULAR	272	2022

1	AYCO	AY300ZII

173MN8M500118	9F0H8R1D6N0000640	9F0H8R1D6N0000640	0.00

LASSO GOMEZ, ANAYIBE	3118079929	CC	1081699300

AT1501	0012	891000793012	0

HOBO

HOBO

140	$ 411700	$ 214609	$ 2100

$ 627800

	800	SALARIO
	180	S
	750	MÍNIMOS
	10	LEGALES
		DIARIOS

SOAT

A partir del 1 de enero de 2019

la expedición del SOAT

se realizará en un único formato en Colombia

lo decides como llevarlo: digital o impreso

Pérdida limitada a obligatorios

laequidadseguros

Y

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:28:27 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC141070

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-01-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
707ea32f6b5381ab9a85cf8509c2ec58eb7ec201b73d6004827a5442b27e6a0699792dfe9897fb8a934b9e1c3d476022

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2358050

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-02-18 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
8daa7239da31d66988708ebbad8dff85d45a59729570baa0141b0ad9169974689bce359b568242ee3d95448081e4c173

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-01-19 09:37:53.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC141070

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-01-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
707ea32f6b5381ab9a85cf8509c2ec58eb7ec201b73d6004827a5442b27e6a0699792dfe9897fb8a934b9e1c3d476022

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

CUDE:
bb93bee2c4a5abc9b1aac695a649719b45e3eb595e9cff75acfd6d05d82c958cc6d67e3fa792f33809ea0c649104b56a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-01-20 06:10:23.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
cae27d0a904a557024d4abbb7d0fe0bbb087f6c0b38ff48ed7e8a7e3bbb2831b1f094292091860434b72f34d42bbe911

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-01-23 03:48:53.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:28:27 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. FEC141070

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-01-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
707ea32f6b5381ab9a85cf8509c2ec58eb7ec201b73d6004827a5442b27e6a0699792dfe9897fb8a934b9e1c3d476022

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
a071ad17ff543adb719e23290e802f7f1d4d6b8d0ef65b4f56824eb81bdcfc14348fa264e37fec867b33b5ac484c4694

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-01-23 03:48:57.000 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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.08	09:01:54	2023.08.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 48802

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 155917,155965
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.03.05 - 10:35 | 2023.03.06 - 14:54

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1029891912 PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL EDAD : 6 Años
DIRECCION: CALLE 4 # 20 - 68 NEIVA TELEFONO: 3228301203
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	6-Mar-2023	39004	1	06	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	285,900	285,900
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	6-Mar-2023	39104	1	06	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	169,600	169,600
39117	GRUPO 06	6-Mar-2023	39117	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	74,600	74,600
39208	GRUPO 06	6-Mar-2023	39208	1		145.0%	4-DER.SALA	CLF	1	816,100	816,100
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	6-Mar-2023	39305	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	86,100	86,100
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	6-Mar-2023	39004	7	06	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	142,900	142,900
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	6-Mar-2023	39104	7	06	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	84,800	84,800
39208	GRUPO 06	6-Mar-2023	39208	7		72.50%	4-DER.SALA	CLF	1	408,000	408,000
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	6-Mar-2023	39305	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	64,600	64,600
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								13	0	0
248800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
	MASCARA LARINGEA # 1.5 KRAMER								1	0	0
935100	VENDA ALGODON 3X5 MEDICAL SUPPLIES								2	3,300	6,600
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								3	0	0
935100	VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP								2	7,500	15,000
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	600	2,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
900.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 1
una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA
0000 31 de Octubre del 2023

Cufe: 96d9701a42d35eef736135cbc29246fcc45280464e26
eb4b2ab12300a

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
UJILL 20205094 451 - 0

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

Recibido!
31 de Octubre del 2023
20205094

equidad seguros

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.08	09:01:54	2023.08.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 48802

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026416 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
CONTRATO/PLAN
001 02 SOAT 50% DESC

TIPO CONTRATO: EVENTO
TELEFONO: 8713072
REGIMEN: OTRO REGIMEN

VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 155917,155965
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2023.03.05 - 10:35
FEC-HORA EGRESO: 2023.03.06 - 14:54

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1029891912 PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL
EDAD : 6 Años
DIRECCION: CALLE 4 # 20 - 68 NEIVA
TELEFONO: 3228301203

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	6-Mar-2023	39004	1	06	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	285,900	285,900
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	6-Mar-2023	39104	1	06	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	169,600	169,600
39117	GRUPO 06	6-Mar-2023	39117	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	74,600	74,600
39208	GRUPO 06	6-Mar-2023	39208	1		145.0%	4-DER.SALA	CLF	1	816,100	816,100
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	6-Mar-2023	39305	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	86,100	86,100
	2i=Via,#R,=Cruj										
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	6-Mar-2023	39004	7	06	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	142,900	142,900
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	6-Mar-2023	39104	7	06	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	84,800	84,800
39208	GRUPO 06	6-Mar-2023	39208	7		72.50%	4-DER.SALA	CLF	1	408,000	408,000
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	6-Mar-2023	39305	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	64,600	64,600
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								13	0	0
248800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
	MASCARA LARINGEA # 1.5 KRAMER								1	0	0
935100	VENDA ALGODON 3X5 MEDICAL SUPPLIES								2	3,300	6,600
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								3	0	0
935100	VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP								2	7,500	15,000
010102	GUANTE ESTERIL 6 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	600	2,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0

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

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

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

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

Cufe: 96d9702a42d35ee1736135cbc29246fcc45200464e26bfcca5798e600365d1522ff899b777ce4b1655eb4b2ab12300a

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA .2023.07.08	09:01:54	2023.08.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 48802

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	MASCARA FACIAL PARA OXIGENO N 2								1	48,000	48,000
	MEDICAMENTOS										
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,819	9,638
19996775	ISODINE SOLUCION								200	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								5	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								7	3,500	24,500
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHIO AMP X50MG/AMP								1	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								200	0	0
52222-01	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN								5	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								45	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								1	25,600	25,600
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								3	11,300	33,900
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								1	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								30	0	0
	IMAGENES DX										
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.03.06	873206		HJC				1	62,800	62,800
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2023.03.06	870001		CLF				4	189,200	756,800
	OTROS										
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.03.06	890202		HJC				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.03.06	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	3,569,938	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,569,938

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.07.08 09:04:17 AM

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 96d970fa42d35eef736135cbc29246fcc452834644e26bfeca5798ed30385d1f221f899b777ce4b1655eb4b2ab12300a

30

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:	48802
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,318,860
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,251,078
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG [ ]

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: FEC1- 48802

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

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

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
PERDOMO	BASTIDAS

1er.Nombre	2do.Nombre
EMMANUEL	

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

No. Documento: 1029891912

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 2017/02/20 Sexo: F [ ] M [X]

Direcci¾n: CALLE 4 N 20-68

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3228301203

Municipio: NEIVA Cod. 001

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARREA 15 CON CALLE 23 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/03/5 Hora: 10:14

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 ZNJ43F, 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. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: HONDA Placa: ZNJ43F

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

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

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

Poliza SOAT No 8099132900 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/01/5 Hasta: 2024/01/4

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
BASTIDAS	JOVEN

1er.Nombre	2do.Nombre
ANGELA	ADRIANA

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

No. Documento 1075289136

Direccion: CALLE 4 N 20 68

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3228301203

33

Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
BASTIDAS	JOVEN

1er.Nombre	2do.Nombre
ANGELA	ADRIANA

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS **No. Documento** 1075289136

Direcci¾n: CALLE 4 N 20 68

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3228301203

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: / / a las

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

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

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

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/03/5 **a las** 10:35 **Fecha de Egreso:** 2023/03/6 **a las** 14:54

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico relacionado de Ingreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso
S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Egreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
CARLOS	ALBERTO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
ANDRADE	CACHAYA

Tipo Documento CC[X] CE PA **No. Documento** 80874060

N·mero de Registro de MÚdico 1536/10

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3569938	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.03.05	HORA DE INGRESO: 10:35
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA	FECHA DE EGRESO: 2023.04.13	HORA DE EGRESO: 09:59
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S524 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO
CONFIRMADO: S524 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.03.05-10:53:56 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 ZNJ43F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOT POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y AE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORADO A LAS 10+35
PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR TRAIDO POR AMBULANCIA DE SALUD LASER QUIEN REFIERE SUFRE ACCIDENBTE DE TRANSITO EL DIA DE HOY CON POSTERIOR TRAUMA EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA ASOCIADO A ABBRASION, NIEGA PERDIDA DE CONCIENCIA, NIEGA OTROS TRAUMAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 1269 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.9 PESO: 21 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
<<TORAX>>
SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
<<ABDOMEN>>
BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES
<<PELVIS>>
ESTABLE NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES, EXTREMIDADES SE EVIDENCIA ABRASIONES EN ANTEBRAZO IZQUIERDO HERIDA PUNTIFORME , PRESENTA EDEMA DOLOR Y LIMITACION DE ADECUADA MOVILIDAD DE ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA. RESTO SIN LIMITACIONES

29

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

<<NEUROLOGICO>>
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SIN LESIONES ADICIONALES
<<FANERAS>>
SIN LESIONES ADICIONALES

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 6 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 IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

** 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
- SSVALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DAR 10 ,5 CC VO AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.03.05-11:27:07 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: 10:53 / 10:55 DURACION: 00:01

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 IZQUIERDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SE DEJA HERIDA LIMPIA CUBIERTA CON GASA + MICROPORE SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 23.03.05-11:52:37 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 IZQUIERDO: SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL EXPUESTA EN RADIO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS

*** FECHA: 23.03.05-12:03:27 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 FRACTURA EXPUESTA SE DECIDE CANALIZAR E INICIAR ANTIBIOTICO, A ESPERA DE CONCEPTO DE ORTOPEDIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

- SS HEMOGRAMA PT, PTT

** PLAN DE MANEJO:
- CANALIZAR LEV
- DICLOFENAC 21 MG IV CADA 8 HORAS
- CEFAZOLINA 700 MG IV CADA 8 HORAS
- AMIKACINA 105 MG IV CADA 8 HORAS
- SS HEMOGRAMA PT, PTT
- PENDIENTE VALORACION DE ORTOPEDIA
- RESTO DE MANEJO SIN CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR IV A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VOM, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VOM, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VOM, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.03.05-12:46:15 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO
AL EXAMEN FISICO: SE EVIDENCIA HERIDA EN TERCIO MEDIO DE ANTEBRAZO LADO RADIAL PUNTIUFORME LIMPIA, CON SANGRADO CONTROLADO, DEFORMIDAD EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, NEUROVASCULAR NORMAL.

27

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DIAFISIARIA IZQUIERDA
DX: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DIAFISIARIA IZQUIERDA
PLAN: PACIENTE CON FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO EXPUESTA EN RADIO CON HERIDA PUNTIFORME, LIMPIA. SE CONSIDERA INMOVILIZAR, HOSPITALIZAR PARA CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO Y SE PROGRAMA PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO DIAFISIARIA IZQUIERDA EL DIA DE MAÑANA. SE EXPLICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

** PLAN DE MANEJO:
** ORDENES Qx:

PROGRAMAR REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO
DIA 06/03/2023
DURACION 30 MINUTOS
HOSPITALIZADO

***** FECHA: 23.03.05-14:01:56 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
SE ABRE FOLIO PARA LECTURA DE ESTUDIOS
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: HB 13.2 HTO 38 LEU 15.3 PLAQ 439.000 NEU 73
TP 12 INR 0.8 TPT 29

SE EVIDENCIA LEVE LEUCOSITOSIS CON NEUTROFILIA RESTO DENTRO DE NORMALIDAD.

***** FECHA: 23.03.05-15:55:52 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 14:00 / 14:10 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: HEIDER JOSE ROMERO CASARES

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO SUPERIRO IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 23.03.05-15:56:53 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE EN PLAN DE TRATAMIENTO QUIRURGICO EL DIA DE MAÑANA EN QUIEN SE CONSIDERA MANEJO ANTIBIOTICO ANTE EXPOSICION OSEA DADO LO ANTERIO SE DA EGRESO A HOSPITALIZACION , EL PACIENTE EGRESA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE EN COMPAÑIA DE LA MADRE , SE LE EXPLICA ESTA CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO SUPERIRO IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.03.05-15:56:44 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.03.05-16:14:43 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PACIENTE PROCEDENTE DE URGENCIAS

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
CONCIENTE ALERTA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRANSITO VALORADO POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA CON DIAGNOSTICO DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DIAFISIARIA IZQUIERDA CON EXPOSICION G&A I EN RADIO QUIEN ANTE EL RIESGO DE INFECCION DECIDE HOSPITALIZAR PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO EL DIA DE MAÑANA Y MANEJO CON ANTIBIOTICO TERAPIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 1269 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.9 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS

25

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

<<TORAX>>
SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS <<ABDOMEN>>
BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES
<<PELVIS>>
ESTABLE NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES, EXTREMIDADES SE EVIDENCIA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO SUPERIRO IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR, EN ADECUADO POSICIONAMIENTO SIN SIGNOS SUGESTIVOS DE SINDROME COMPARTIMENTAL NO PARESIA NO PARESTESIAS LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS<<NEUROLOGICO>>
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SIN LESIONES ADICIONALES
<<FANERAS>>
SIN LESIONES ADICIONALES

** CONDUCTA:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE :
1. FRACTURA EXPUESTA G&A I DIAFISIARIA DE RADIO IZQ
2. FRACTURA DIAFISIARIA DE CUBITO

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. NIEGA (INFORMACION DE LA MADRE)

ANALISIS
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRANSITO VALORADO POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA CON DIAGNOSTICO DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DIAFISIARIA IZQUIERDA CON EXPOSICION G&A I EN RADIO QUIEN ANTE EL RIESGO DE INFECCION DECIDE HOSPITALIZAR PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO EL DIA DE MAÑANA Y MANEJO CON ANTIBIOTICO TERAPIA , EN EL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE CLINCIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE BAJO GASTO CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR CON INMOVILIZACION DEL MIEMBRO SUPERIRO IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR, EN ADECUADO POSICIONAMIENTO SIN SIGNOS SUGESTIVOS DE SINDROME COMPARTIMENTAL NO PARESIA NO PARESTESIAS LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS EN QUIEN SE CONSIDERA DOBLE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO Y ADEMAS DE ANALGESIA , POR LO DEMAS CONTINUAMOS EN OBSERVACION CLINICA ESTRICTA , SE LE EXPLICA A LA MADRE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN
-HOSPITALIZAR
-DIETA NORMAL (HASTA EL DIA DE HOY MAÑANA NVO)
- LEV
- DICLOFENAC 21 MG IV CADA 8 HORAS
- CEFAZOLINA 700 MG IV CADA 8 HORAS

24

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

- AMIKACINA 105 MG IV CADA 8 HORAS
- SEGUIMENTO POR ORTOPEDIA
- RESTO DE MANEJO SIN CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VOM, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VOM, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR IV A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VOM, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.03.05-21:26:58 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:

1. FRACTURA EXPUESTA DIAFISARIA DE RADIO IZQUIERDO
2. FRACTURA DIAFISIARIA DE CUBITO

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. NIEGA (INFORMACIÓN DE LA MADRE)

PACIENTE ACOMPAÑADO POR LA MADRE, REFIERE QUE PASÓ BUENA TARDE, MANIFIESTA QUE PRESENTÓ DOLOR LEVE EN ÁREA AFECTADA, NIEGA FIEBRE, NIEGA EMESIS, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS. REFIERE DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES.

EXAMEN FÍSICO:
PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, COLABORADORA.
FC: 100 x MIN. FR: 22 x MIN. TA: 90/60 mmHg. T: 36°C. SATO2: 99%

C/C: NORMOCÉFALO. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MOVIMIENTOS CERVICALES CONSERVADOS.

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESONANTES, SIN SOBREAGREGADOS, MV CONSERVADO EN ACP, EXPANSIÓN TORÁCICA NORMAL.

ABD: RSIS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.

EXT: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON FÉRULA BRAQUIPALMAR IZQUIERDA EN BUENAS CONDICIONES, NEURÓVASCULAR DISTAL

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

CONSERVADO, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.

SNC: ALERTA, PINRAL, ORIENTADA, LENGUAJE CLARO, COHERENTE, FLUIDO.

ANÁLISIS:

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, PTE ACTUALMENTE ESTABLE, HIDRATADO, TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, BIEN PERFUNDIDO, SE ENCUENTRA BAJO CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO Y ANALGESICO ENDOVENOSO CON BUENA TOLERANCIA Y RESPUESTA AL TTO, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE ALARMA, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO, PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA. PENDIENTE OSTEOSINTESIS PARA EL DIA DE MAÑANA LUNES 06/03/2023. CONTINÚA IGUAL MANEJO, VOM.

*** FECHA: 23.03.06-06:26:06 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:

1. FRACTURA EXPUESTA DIAFISARIA DE RADIO IZQUIERDO
2. FRACTURA DIAFISIARIA DE CUBITO

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. NIEGA (INFORMACIÓN DE LA MADRE)

PACIENTE CON ACOMPAÑANTE, REFIERE QUE PASÓ BUENA NOCHE, MANIFIESTA QUE PRESENTÓ DOLOR LEVE EN ÁREA AFECTADA EL CUAL MODULO ADECUADAMENTE, NIEGA FIEBRE, NIEGA EMESIS, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS. REFIERE DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES.

EXAMEN FÍSICO:
PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, COLABORADORA.
FC: 102 x MIN. FR: 20 x MIN. TA: 94/60 mmHg. T: 36°C. SATO2: 99%

C/C: NORMOCÉFALO. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MOVIMIENTOS CERVICALES CONSERVADOS.

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESONANTES, SIN SOBREAGREGADOS, MV CONSERVADO EN ACP, EXPANSIÓN TORÁCICA NORMAL.

ABD: RSIS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.

EXT: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON FÉRULA BRAQUIPALMAR IZQUIERDA EN BUENAS CONDICIONES, NEUROVASCULAR DISTAL

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

CONSERVADO, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.

SNC: ALERTA, PINRAL, ORIENTADA, LENGUAJE CLARO, COHERENTE, FLUIDO.

ANÁLISIS:

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, PASÓ BUENA NOCHE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL TURNO, PTE ACTUALMENTE ESTABLE, HIDRATADO, TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, BIEN PERFUNDIDO, SE ENCUENTRA BAJO CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO Y ANALGESICO ENDOVENOSO CON BUENA TOLERANCIA Y RESPUESTA AL TTO, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE ALARMA, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO, PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA. PENDIENTE OSTEOSINTESIS PARA EL DIA DE HOY LUNES 06/03/2023. PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA. CONTINÚA IGUAL MANEJO, VOM.

PLAN
HOSPITALIZACIÓN CON USO PERMANENTE DE TAPABOCAS.
DIETA NORMAL HASTA LAS 6 AM LUEGO NADA VIA ORAL.
CABECERA A 30°
CLORURO DE SODIO 0.9% PASAR A 40 CC HORA.
CEFAZOLINA APLICAR 700 mg IV CADA 8 HORAS, LENTO Y DILUIDO.
AMIKACINA 105 mg IV CADA DIA, LENTO Y DILUIDO.
DICLOFENAC 21 mg IV CADA 8 HORAS, LENTO Y DILUIDO.
ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS.
LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA OMS.
PENDIENTE: PENDIENTE OSTEOSINTESIS PARA EL DIA DE HOY LUNES 06/03/2023.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: AMIKACINA 105 mg IV CADA DIA, LENTO Y DILUIDO.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DICLOFENAC 21 mg IV CADA 8 HORAS, LENTO Y DILUIDO.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR IV A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: CEFAZOLINA APLICAR 700 mg IV CADA 8 HORAS, LENTO Y DILUIDO.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.03.06-09:02:16 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:

1. FRACTURA EXPUESTA DIAFISARIA DE RADIO IZQUIERDO
2. FRACTURA DIAFISIARIA DE CUBITO

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. NIEGA (INFORMACIÓN DE LA MADRE)

SUBJETIVO:
PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE CON DOLOR MODULADO, NIEGA FIEBRE, NIEGA EMESIS, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS. REFIERE DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES.

OBEJTIVO:

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, COLABORADORA.
FC: 95 x MIN. FR: 22 x MIN. TA:105/69 mmHg. T: 36°C. SATO2: 96%

C/C: NORMOCÉFALO. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MOVIMIENTOS CERVICALES CONSERVADOS.
C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESONANTES, SIN SOBREAGREGADOS, MV CONSERVADO EN ACP, EXPANSIÓN TORÁCICA NORMAL.
ABD: RSIS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXT: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON FÉRULA BRAQUIPALMAR IZQUIERDA EN BUENAS CONDICIONES, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.
SNC: ALERTA, PINRAL, ORIENTADA, LENGUAJE CLARO, COHERENTE, FLUIDO.

ANÁLISIS:

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS EN REALACION A SU ESTANCIA HOSPITALARIA ACTUALMENTE ESTABLE, HIDRATADO, TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, BIEN PERFUNDIDO, SE ENCUENTRA BAJO CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO Y ANALGESICO ENDOVENOSO CON BUENA TOLERANCIA Y RESPUESTA AL TTO, EL DIA DE HOY SE LLEVARA A NUEVA INTERVENCION QUIRUGICA, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO SE EXPLICA CONDICON CLINICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES ACEPTAN Y AFIRMAN ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
PASAR A SALAS DE CIRUGIA
DEMAS CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO.

*** FECHA: 23.03.06-13:00:14 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

20

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORDEN DE ORTOPEDIA, EGRESA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES.

*** FECHA: 23.03.06-13:00:26 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

** CONDUCTA:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.03.06-13:00:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.03.06-13:39:21 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE DE DIAFISIS RADIO Y CUBITO IZQUIERDO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/78 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO BUENA PERFUSION DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DIAFISIARIA IZQUIERDA

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

19

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.03.06-13:39:19 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.03.06-13:39:48 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE DE DIAFISIS RADIO Y CUBITO IZQUIERDO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/78 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO BUENA PERFUSION DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 23.03.06-14:36:29 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

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

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 1, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 25 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

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

12

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.03.06-14:37:03 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 14:00 / 14:30 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	VIA: 1	MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	VIA: 1	MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

No. DESCRIPCION: 14951
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION : NO APLICA

HALLAZGOS: FRACTURA DIAFISIARIA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO.

1. PAUSA DE SEGURIDAD
2. ANESTESIA GENERAL
3. SE REALIZA, POR MEDION DE TRACCION, CONTRATRACCION, REDUCCION CERRADA DE DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO.
4. SIN COMPLICACIONES.
5. SE INMOVILIZA CON YESO CERRADO.
6. ARCO EN C 4 DISPAROS.

*** FECHA: 23.03.06-14:39:25 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO AP/LATERAL

*** FECHA: 23.03.06-14:50:29 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

17

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: SE EVIDENCIA ADECUDA REDUCCIO DE LA FRACTURA DE CUBITO Y RADIO.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.03.06-14:55:20 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO AP/LATERAL
TOMAR EN 4 SEMANAS

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION POSTOPERATORIA POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA, CITA DE CONTOL POR LA CONSULTA EXTERNA, RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** OTROS:

SOLICITAR CITA DE CONTROL CON ANTELACION EN 4 SEMANAS CON EL DR CUERVO.
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS,CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENTOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- NO RETIRAR NI MOJAR EL YESO NO RECORTAR EL YESO , ESTO SE HACE BAJO SUPERVISION Y ORDEN MEDICA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN JARABE DE 150 mg/ 5ml DAR 9 CC VIA ORAL CADA 6 HORAS ..... # 2
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.03.06-14:54:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

16

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

EPICRISIS No. 56244

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

PACIENTE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

DOC.IDENT:	RC 1029891912	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68		
FCHA.NACTO:	2017.02.20	EDAD:	6 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3228301203
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		

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

DR@. HECTOR JULIO CUERVO
RAMIREZ
REG. MED: 244

15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 14951

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -155965 Fecha 06/03/23

Nombre Paciente: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL 1029891912 Edad: 6 Sexo: M

Hora inicio 14:00 Hora fin: 14:30 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S524-FRACTURA DIAFISIARIA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO	1. S524-FRACTURA DIAFISIARIA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	HJC	1 - 1i Interv 100%
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION : NO APLICA

HALLAZGOS: FRACTURA DIAFISIARIA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO.

1. PAUSA DE SEGURIDAD
2. ANESTESIA GENERAL
3. SE REALIZA, POR MEDION DE TRACCION, CONTRATRACCION, REDUCCION CERRADA DE DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO.
4. SIN COMPLICACIONES.
5. SE INMOVILIZA CON YESO CERRADO.
6. ARCO EN C 4 DISPAROS.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 4 DISPAROS EN ANTEBRAZO IZQUIERDO PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. HECTOR CUERVO RAMIREZ Ortopedia y Traumatología RM 2715

CIRUJANO

14

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1029891912

ADMISION N_: 155965

NOMBRE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL **Num. Id-:** RC 1029891912
FECHA NACIMIENTO: 2017.02.20 **EDAD:** 6 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.03.06 **HORA DE INGRESO:** 13:39:21 **Fecha/Hora de registro:** 2023.03.06 13:39
DIRECCION: CALLE 4 # 20 - 68 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3228301203
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** YEISON PERDOMO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.03.06

<< REGISTRO: 13:39:21 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** REPETIDO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE DE DIAFISIS RADIO Y CUBITO IZQUIERDO

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<2023.03.05-10:53:56>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL) H.U. 155910
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2023.03.06-15:54:01>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 155965

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/78 **FC:** 80 **FR:** 18 **Tmp:** 36.2 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN

13

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1029891912

ADMISION N_: 155965

NOMBRE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL **Num. Id-:** RC 1029891912

FECHA NACIMIENTO: 2017.02.20 **EDAD:** 6 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.03.06 **HORA DE INGRESO:** 13:39:21 **Fecha/Hora de registro:** 2023.03.06 13:39

DIRECCION: CALLE 4 # 20 - 68 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3228301203

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** YEISON PERDOMO

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO BUENA PERFUSION DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

ANALISIS/PLAN

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.03.06-13:39:19 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DIAFISIARIA IZQUIERDA

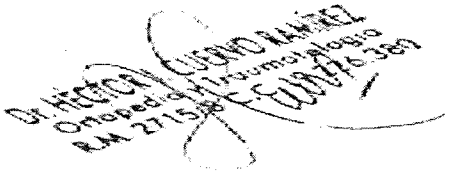
12

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

FECHA DE EGRESO: 2023.03.06 **HORA DE EGRESO:** 13:39:19 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
Registro Medico: 244

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 155965 - 10000

NOMBRE:	PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL		C.C. -TI-RC-OTRO	1029891912	
EDAD:	6 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2017.02.20	SEXO:	M
DIRECCION:	CALLE 4 # 20 - 68			TELEFONO:	3228301203
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	YEISON PERDOMO			TELEFONO:	3148848521

FECHA: 2023.03.06

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.03.05-10:53:56>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 155910

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

--->><<2023.03.06-15:54:01>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 155965

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 112/43 **FC:** 119 **FR:** 25 **PESO:** 24 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDDA DEL LABIO SUPERIOR N ORMAL

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

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
FERULA DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIEIRDO POR FRACTURA DE DIAFISIS DE CUBITO Y RADIO

OTROS:
SIN ALTERACION

10

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 155965 - 10000

NOMBRE: PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL C.C. -TI-RC-OTRO 1029891912

EDAD: 6 A FECHA DE NACIMIENTO: 2017.02.20 SEXO: M

DIRECCION: CALLE 4 # 20 - 68 TELEFONO: 3228301203

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: YEISON PERDOMO TELEFONO: 3148848521

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

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

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S524
FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL, ANALGESIA POP

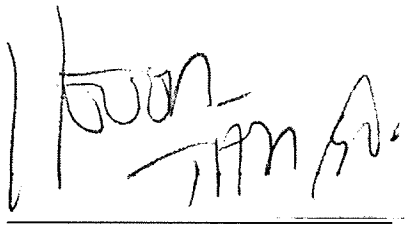
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.03.06 **HORA:** 13:05:57

SERVICIO: ORTOPEDIA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	HISTORIA CLINICA
Pedraza	Bastidas	Emmanuel	1029

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
6 03 23	6A	H M	1.10	20	I II III IV V U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT	BIL.DRT	PRO.TOT	ALBUM					TyA PROT	TCOG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fractura de tercio proximal de femur izquierdo

OPERACION PROPUESTA Reduccion abierta + osteosintesis

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

Pqx -
Qx - NO
AI -

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO IOT SI NO — VIA AEREA N — DIENTES N — CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: NO Bqo

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
X	GENERAL

Mascara laringea

ESTADO PSICOLOGO: Alerta

PREFERENCIA ASPIRADA RESPIRADA — NECESITA SANGRE: NO C.C. — PREMEDICACION: NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: OK

REPARACION E A C

42	40	38	36	34	32	30	28	26
180	160	140	120	100	80	60	40	20
17	15	13	11	9	7	5	3	1

HORA: 4:00

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA	Ninguna
REFLEJOS	Normo
MOTILIDAD	Plena
RECUPERACION	Ok
CONCIENCIA	Ok
DIURESIS	Ok
SENSIBILIDAD	Ok
PIEL	Rosa hidratada

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

COMENTARIOS

- Ingresa vocal a sala de recuperacion bajo anestesia general sin complicaciones

TOTALES			
1	2	3	
4	5	6	
7	8	9	
10	11	12	

HORA SALIDA Y MOTIVO: 4:40 Mejoria

FIRMA

8

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ( ) B ( ) K ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO: [illegible]

DIAG POSTOPERATORIO:

OPERACION: [illegible]

ANESTESIOLOGOS: [illegible] CIRUJANOS: [illegible]

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL [illegible] CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA ____ EPIDURAL ____ ESPINAL ____ ESPACIO ____ NIVEL ____ AGUA ____

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E / A / C

42 / 40 / 38 / 36 / 34 / 32 / 30 / 28 / 26 °C

I OT No. ____ ▽
I NT No. ____
E OT No. ____ △
E NT No. ____
PULSO
RESPIRACION
T.A. XX
INDUCCION
INICIACION Y FINALIZACION
NEONATO MASC. ♂ FEM. ♀
PVC X X X
T° ____
TORNIQUETE
E C G
1 AL 5 LIQUIDOS
6 AL 16 DROGAS

6 [illegible]
7 [illegible]
8 [illegible]
9 [illegible]
10 [illegible]
11 [illegible]
12
13
14
15
16

MORA

AGENTES: 1 [illegible] 2 [illegible] 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6 75 ml	7 25	8 25
9 20 ml	10 1g	11 20 ml	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO: [illegible]

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO: [illegible]

OBSERVACIONES: [illegible]

CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,15-Mar-2023 15:15:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) | TIPO CONTRATO | ANEXO1 | VIA INGRESO AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS | EVENTO | | MOTIVO 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN | REGIMEN | EDAD | ANEXO2: | Fecha Ingreso: 2023.03.0 13:00

001 0 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 6 Años | | Fecha Egreso :

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

1029891912 PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL | 1 NIVEL I | NEIVA | CALLE 4 # 20 - 68 | 3228301203

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.03.06	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	KML	45.00
2023.03.06	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN	KML	5.00
2023.03.06	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	KML	1.00
2023.03.06	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	KML	30.00
2023.03.06	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	KML	1.00
2023.03.06	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	KML	5.00
2023.03.06	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	5.00
2023.03.06	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	KML	3.00
2023.03.06	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	KML	1.00
2023.03.06	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	KML	1.00
2023.03.06	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA	KML	1.00
2023.03.06	INT	MASCARA	MASCARA LARINGEA # 1.5 KRAMER	KML	1.00
2023.03.06	ZMQ	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA OXIGENO N 2	KML	1.00
2023.03.06	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	KML	3.00
2023.03.06	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	200.00
2023.03.06	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	200.00
2023.03.06	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	KML	2.00
2023.03.06	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	KML	2.00
2023.03.06	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP	KML	2.00
2023.03.06	KOL	VENDAALG	VENDA ALGODON 3X5 MEDICAL SUPPLIES	KML	2.00
2023.03.06	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	KML	10.00
2023.03.06	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	10.00
2023.03.06	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	KML	2.00
2023.03.06	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	KML	2.00
2023.03.06	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	KML	2.00
2023.03.06	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	2.00
2023.03.06	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	KML	2.00
2023.03.06	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	KML	2.00
2023.03.06	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	KML	2.00
2023.03.06	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	KML	1.00

7

PACIENTE: 1029891912 PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL **EDAD:** 6

DIRECCION: CALLE 4 # 20 - 68 **TELEFONO:** 3228301203

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-55582 **FECHA SINIESTRO:** 2023.03.05 **N° POLIZA:** 8099132900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 5 de marzo de 2023					
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	LMS	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 9.00

FECHA DEL CONTROL :	lunes, 6 de marzo de 2023					
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	LMS	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	LMS	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
04:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	4.00		DIA	MLD	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		DIA	MLD	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 27.00

b

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.03.15
HORA:	15:03:33
PAGINA No:	1

Numero: 77071 Fecha Ex. 06/03/23 Hora 10:51
Nombre Paciente: 1029891912 PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL
Dirección: CALLE 4 # 20 - 68 Telefono:3228301203 Edad: 6 A Sexo:M
Medico: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo observándose imagen de fractura de la unión del tercio medio con el tercio distal de la diáfisis de cubito y el radio las fracturas se advierten adecuadamente alineadas.
Hay inmovilización del antebrazo con bandas de yeso.
La densidad del yeso disminuye la sensibilidad del examen especialmente para observar las estructuras del carpo.

FIRMA _____

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

5

Indicativo Serial Registro Civil
19710426-1

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 0515203

NUIP 1.029.891.912

Tipo de certificado: Datos Esenciales ☐ Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PERDOMO BASTIDAS EMMANUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2017 Mes FEB Día 20 | MASCULINO | O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA HUILA NEIVA

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial
Año 2017 Mes FEB Día 23 | 0056456349

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BASTIDAS JOVEN ANGELA ADRIANA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.075.289.136 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PERDOMO LIBERATO JEISON FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.075.277.014 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
BASTIDAS JOVEN ANGELA ADRIANA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.075.289.136

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio | Código
COLOMBIA HUILA NEIVA | K 2 W

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2017 Mes FEB Día 23

Nombre y firma del funcionario
LUIS FELIPE CIFUENTES CHARRY
Registrador del Estado Civil

4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.289.136
BASTIDAS JOVEN

APELLIDOS
ANGELA ADRIANA

NOMBRES
ANGELA BASTIDAS

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024986373

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
ZNJ43F	HONDA	DIO STD E3	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
109	ROJO	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JF39E-W-4006300	N	9FMJF399XNF006053

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMJF399XNF006053	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
BASTIDAS JOVEN ANGELA ADRIANA	C.C. 1075289136



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1995
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
20-JUN-2013 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1900100-00470326-F-1075289136-20130918 0034906056A 2 40573256



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE ******
POTENCIA HP 8
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882021000109063
LE FECHA IMPORT. 27/12/2021
PUERTAS 0
LIMITACION A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA 06/01/2022
FECHA EXP. LIC. TTO. 06/01/2022
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT07001295878

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	ZNJ43F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10024986373	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	DIO STD E3
MODELO:	2022	COLOR:	ROJO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	JF39E-W-4006300
NÚMERO DE CHASIS:	9FMJF399XNF006053	NÚMERO DE VIN:	9FMJF399XNF006053
CILINDRAJE:	109	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	06/01/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8099132900	03/01/2023	05/01/2023	04/01/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
14692900015320	04/01/2022	05/01/2022	04/01/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:28:53 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. FEC148802

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-08 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
96d9701a42d35eef736135cbc29246fcc452804644e26bfcca57
98ed00385d1f22ff899b777ce4b1655eb4b2ab12300a

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3569938

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-08-07 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
83004ceae4ea5f25aa0f1b8b898f23aea4fef09cae1e4cef8d6df8
95159e0b3ba715373d06a19a5b5e7807328c49cbe6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-08 09:04:17.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:28:53 AM
Página: 2

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC148802

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-08 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
96d9701a42d35eef736135cbc29246fcc452804644e26bfcca57
98ed00385d1f22ff899b777ce4b1655eb4b2ab12300a

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

CUDE:
bf51a3a7fcb5d4b13a4477abd3b2b53ddb5e111a53851850a2e
09e0dd10e6b29920cd2f7a0d22b9f24923d9b45ad3f8f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-08 05:59:54.000 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:
a253bf33ca252e17e0e91d7e8861e6780d2d37a67ce9ad18bde
3cd6ed6cfa5007ca9f30ab97b033d79072ad6d75467be

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-21 12:54:08.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:28:53 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. FEC148802

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-08 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
96d9701a42d35eef736135cbc29246fcc452804644e26bfcca57
98ed00385d1f22ff899b777ce4b1655eb4b2ab12300a

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
bd0db94f0ef0a88c617eb5d5f78b831af4907754338e12d09a11ff
fe0d54f616dc5ad5b66f37a0caa1dc91307fe8281b

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-21 12:54:13.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.06.15	15:38:24	2023.07.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 47835

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

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 156974,157877

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.03.23 - 22:47	2023.04.11 - 15:02

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1130024174 QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES EDAD : 14 Años

DIRECCION: CALLE 4 N 13-60 YAGUARA TELEFONO: 3134915722

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,819	4,819
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,500	10,500
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								22	250	5,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.03.23	873206	TVP					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.03.23	873206	TVP					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.03.23	873206	TVP					1	62,800	62,800
21701	CRANEO SIMPLE	2023.03.23	879111	TVP					1	622,600	622,600
21701	CRANEO SIMPLE	2023.04.11	879111	CCE					1	622,600	622,600
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.03.24	890402	CCE					1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.04.11	890302	CCE					1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.03.23	890701	TVP					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.03.23	S22101	VIC					1	26,400	26,400

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
' CODIGO DEL COMERCIO
800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 1
una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA
0000 a 20161753

Cufe: 225aedcb09150cac8367055fcb4d92c07ed44e440834c ae31f7fb4fa6a

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia UJILL 2013 37752451 - 0

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

Recibido!
8 de Septiembre del 2023
21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.06.15	15:38:24	2023.07.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 47835

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 156974,157877
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2023.03.23 - 22:47 2023.04.11 - 15:02

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1130024174 QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES EDAD : 14 Años
DIRECCION: CALLE 4 N 13-60 YAGUARA TELEFONO: 3134915722
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,819	4,819
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,500	10,500
20057651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								22	250	5,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.03.23	873206				TVP		1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.03.23	873206				TVP		1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.03.23	873206				TVP		1	62,800	62,800
21701	CRANEO SIMPLE	2023.03.23	879111				TVP		1	622,600	622,600
21701	CRANEO SIMPLE	2023.04.11	879111				CCE		1	622,600	622,600
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.03.24	890402				CCE		1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.04.11	890302				CCE		1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.03.23	890701				TVP		1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.03.23	S22101				VIC		1	26,400	26,400

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

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

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

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

Cufe: 225aedcb09150cac8367055fcb4d92c07cd44e440834c523c8d7cba63abc6ad2ade0becfab9fc7d2f44ae31f7fb4fa6a

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.06.15	15:36:24	2023.07.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 47835

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

VALOR BRUTO:	2,005,731	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,005,731

SON: DOS MILLONES CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.06.15 03:40:37 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 225aedcb09150cac8367055fcb4d92c07ed44e440834c522c8d7cba63abc6ad2ade05ccfa59fc7d2f14ae31f7fb4fa6a

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:	47835
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,366,931
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 638,800
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

76

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 CAMILO ANDRES TORRES ORTIZ

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 47835

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

QUIROZ — 1er.Apellido o Razon Social

ALVARADO — 2do.Apellido

BRAYAN — 1er.Nombre

ANDRES — 2do.Nombre

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

No. Documento: 1130024174

De: 41885 Fecha de Nacimiento: 2008/10/25 Sexo: F M X

Direcci¾n: CALLE 4 N 13-60

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3134915722

Municipio: YAGUARA Cod. 885

Condicion del accidentado: X Conductor Peaton Ocupante Ciclista

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito X

Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Huracßn

Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural

Terroristas: Explosi¾n Masacre Mina Antipersonal Combate

Incendio

Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direcci¾n de la Ocurrencia: CALLE 3 CON CARRERA 8

Fecha Evento/Accidente: 2023/03/23 Hora: 20:20

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: YAGUARA Cod. 885 Zona: U X R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACAS KIA45G, ES ARROLLADO POR UNA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

Marca: TVS Placa: KIA45G

Tipo de Servicio: Particular X Publico Oficial Vehiculo de Emergencia

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

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

Poliza SOAT No 8101138700 Cobro excedente P¾liza Si No X

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/02/3 Hasta: 2024/02/2

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CORDOBA — 1er.Apellido o Razon Social

COBALEDA — 2do.Apellido

ALEXANDER — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC X CE PA NIT TI RC

No. Documento 83237605

Direccion: NO REGISTRA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: NO REGISTR

Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er.Apellido	2do.Apellido
QUIROZ	ALVARADO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
BRAYAN	ANDRES

Tipo de Documento: CC | CE | PA | TI (X) | RC | AS — **No. Documento** 1130024174

Direcci¾n: CALLE 4 N 13-60

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3134915722

Municipio: YAGUARA **Cod.** 885

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/03/23 a las 21:30

Prestador que remite: ESE CENTRO DE SALUD LAURA PERDOMO DE GARCIA **C¾digo de inscripci¾n:** 418850031901

Direccion: CARRERA 8 N 7 29 **Telefono:** 8383070 HUILA-YAGUARA

Profesional que Remite: DIEGO SILVA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/03/23 a las 21:45

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

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

Profesional que recibe: TITO POLANIA **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/03/23 **a las** 22:47

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S068 OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 2023/04/11 **a las** 15:02

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S068 OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
TITO	VLADIMIR
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
POLANIA	TORRES

Tipo Documento CC (X) | CE | PA **No. Documento** 7702628

N·mero de Registro de MÚdico 967-03

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2005731	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

22

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

EPICRISIS No. 56578

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

PACIENTE: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES

DOC.IDENT:	TI 1130024174	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 13-60		
FCHA.NACTO:	2008.10.25	EDAD:	14 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3134915722
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.03.23	HORA DE INGRESO: 22:47
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA	FECHA DE EGRESO: 2023.04.11	HORA DE EGRESO: 15:02
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

***** FECHA: 23.03.23-23:44:51 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACAS KIA45G, ES ARROLLADO POR UNA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DE YAGUARA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO AL COLISIONAR CON OTRA MOTO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, INGRESA CON TAPON VENOSO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 124/63 FC: 78 FR: 19 TEMP: 36.9 TALLA: 120 PESO: 59 IMC: 41 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normoconfigurada, HEMATOMA SUBGALEAL OCCIPITAL IZQUIERDO, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes,
<<CUELLO>>
Simétrico, sin dolor, no limitación para la movilidad, no ingurgitación yugular, no signos de trauma
<<TORAX>>
Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares
<<ABDOMEN>>
Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos
<<GENITOURINARIO>>
No valorado, refiere no haber recibido trauma en región genital ni presentar síntomas clínicos
<<PELVIS>>
Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación
<<DORSO / EXTREMIDADES>>

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

EPICRISIS No. 56578

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES

DOC.IDENT:	TI 1130024174	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 13-60		
FCHA.NACTO:	2008.10.25	EDAD:	14 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3134915722
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna; EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, ABRASIONES LIMPIAS CON TATUAJE EN ANTEBRAZO DERECHO, MUÑECA DERECHA Y MANO DERECHA CON DOLOR A LA PALPACION QUE AUMENTA CON LA FLEXION
<<NEUROLOGICO>>
Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++), CEFALEA 7/10
<<PIEL>>
Sin lesiones adicionales
<<FANERAS>>
Sin lesiones adicionales

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
TAC CEREBRAL SIMPLE

** PLAN DE MANEJO:
POR LA COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE ORDENA MANEJO INSTITUCIONAL
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 G LENTO DILUIDO (VIGILAR E INFORMAR REACCION ADVERSA), DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 50 MG LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 500 MG, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A IMAGENOLOGIA
- PASAR A OBSERVACION
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUIAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- VALORACION POR ORTOPEDIA Y NEUROCIRUGIA

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

EPICRISIS No. 56578

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

PACIENTE: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES

DOC.IDENT:	TI 1130024174	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 13-60		
FCHA.NACTO:	2008.10.25	EDAD:	14 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3134915722
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 23.03.23-23:56:24 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 23:46 / 23:55 DURACION: 00:09

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

FECHA: 23.03.24-00:09:36 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
NOTA ACLARATORIA: PACIENTE CONTINUA CON TAPON VENOSO, NO LIQUIDOS ENDOVENOSOS

FECHA: 23.03.24-00:14:32 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

TAC CEREBRAL SIMPLE SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS; HEMATOMA SUBGALEAL OCCIPITAL IZQUIERDO

FECHA: 23.03.24-07:00:41 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. TRAUMA CRANEOENCEFALICO

17

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

EPICRISIS No. 56578

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

PACIENTE: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES

DOC.IDENT:	TI 1130024174	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 13-60		
FCHA.NACTO:	2008.10.25	EDAD:	14 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3134915722
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

2. TRAUMA DE ANTEBRAZO DERECHO
3. TRAUMA DE MANO DERECHA
4. TRAUMA DE MUÑECA DERECHA
5. ABRASIONES CURADAS

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S:/ REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A:129/84 MM HG FC: 92 X MIN FR: 18 X MIN SaO2: 97% T°:36.0°C

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, HEMATOMA SUBGALEAL OCCIPITAL IZQUIERDO, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes

TORAX: Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares,

ABDOMEN: Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

PELVIS: Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna

EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, ABRASIONES LIMPIAS CON TATUAJE EN ANTEBRAZO DERECHO, MUÑECA DERECHA Y MANO DERECHA CON DOLOR A LA PALPACION QUE AUMENTA CON LA FLEXION

NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

A:/ PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN OBSERVACION CONSOLIDANDO ANALGESICO Y PENDIENTE VALORACION POR ESPECIALIZADA

P:/ SEGUIR ÓRDENES MÉDICAS.

***** FECHA: 23.03.24-10:43:45 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)***

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

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA

PÁCIENTE QUIEN AYER A LAS 8 PM SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO IBA COMO CONDUCTOR SIN CASCO, CON PERDIDA TRANSITORIA DE CONOCIMIENTO, DOLOR INICIAL EN HEMATOMAS DE CUERO CABELLUDO ACTUALMENTE REFIERE DOLOR EN HOMBRO DERECHO BRAZO DERECHO. NO CEFALEA NO EMESIS
AL EF
ALERTA G 15 PINRAL SIMETRIA FACIAL NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO ROT NORMALES NO DOLOR A LA PALPACION CERVICO DORSO

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

EPICRISIS No. 56578

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

PACIENTE: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES

DOC.IDENT:	TI 1130024174	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 13-60		
FCHA.NACTO:	2008.10.25	EDAD:	14 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3134915722
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

LUMBAR, HEMATOMAS SUBGALEALES OCCIPITALES IZQUIERDOS, ABRASION EN BRAZO DERECHO

TAC CEREBRAL SIMPLE NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA, QUISTE ARACNOIDEO CEREBELOSO IZQUIERDO, NO FRACTURAS

A. PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEANAS POR TRAUMA RADIOLOGICAS, SIN SIGNOS DE FOCALIDAD O HIPERTENSION ENDOCRANEANA POR CLINICA POR LO CUAL NO AMERITA MANEJO POR NEUROCIRUGIA, ALTA POR NEUROCIRUGIA.

***** FECHA: 23.03.24-11:28:37 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA Y DRA CAMARGO NEUROCIRUGIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA TEC:
RECOMENDACIONES:
1. GUARDAR REPOSO

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

EPICRISIS No. 56578

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

PACIENTE: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES

DOC.IDENT:	TI 1130024174	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 13-60		
FCHA.NACTO:	2008.10.25	EDAD:	14 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3134915722
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

2. NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS
3. NO TRASNOCHAR
4. NO ASOLEARSE

SIGNOS DE ALARMA
CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA:
1. DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
2. VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS.
3. TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE.
4. DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).
5. PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN.
6. DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
7. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO PROGRESIVO (INESTABILIDAD, MAREO...).
8. VISIÓN DOBLE O BORROSA.
9. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD.
10. CONVULSIONES.
11. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ

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

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

CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.03.24-11:41:14 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.03.24-11:40:48 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 23.04.11-14:52:37 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO

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

EPICRISIS No. 56578

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

PACIENTE: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES

DOC.IDENT:	TI 1130024174	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 13-60		
FCHA.NACTO:	2008.10.25	EDAD:	14 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3134915722
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN A FINALES DE MARZO PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO COMO CONDUCTOR CON HALLAZGO INCIDENTAL EN TAC DE QUISTE ARACNOIDEO CEREBELOSO IZQUIERDO. REFIERE CEFALEA OCASIONAL. VERTIGO EN 1 OPORTUNIDAD.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA ORIENTADO PINRAL SIMETRIA FACIAL NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PRUEBAS CEREBELOSAS NORMALES. QUISTE CEREBELOSO IZQ PEQUEÑO SIN EFECTO DE MASA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA NO FRACTURAS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL YA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CITA POR NEUROCIRUGIA
CONTROL ABIERTO

***** FECHA: 23.04.11-15:02:09 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE SIN LESIONES POR TRAUMA NO AMERITA MANEJO POR NEUROCIRUGIA SE DEJA ORDEN DE CONTROL ABIERTO.

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.11-15:02:09 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. 56578

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

PACIENTE: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES

DOC.IDENT:	TI 1130024174	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 13-60		
FCHA.NACTO:	2008.10.25	EDAD:	14 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3134915722
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

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

Edna Katherine Camargo
Neurocirugia Universidad Nacional

DR@. EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL
REG. MED: 2538/98

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 156974

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -156974 **Fecha** 2023/03/23

Nombre Paciente: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES - 1130024174 **Edad:** 14 **Sexo:** M

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,30-Mar-2023 16:56:2

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

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.03.2 22:47

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 14 Años **Fecha Egreso :**

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

1130024174 QUIROZ ALVARADO BRAYAN 1 NIVEL I YAGUARA CALLE 4 N 13-60 3134915722

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.03.23	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2023.03.23	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2023.03.23	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2023.03.23	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2023.03.23	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00

PACIENTE: 1130024174 QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES **EDAD:** 14

DIRECCION: CALLE 4 N 13-60 **TELEFONO:** 3134915722

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-55893 **FECHA SINIESTRO:** 2023.03.23 **N° POLIZA:** 8101138700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	jueves, 23 de marzo de 2023					
23:45:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	VAC1	
23:45:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
23:45:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
23:45:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
23:45:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	VAC1	
23:45:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	VAC1	
23:45:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
23:45:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
23:45:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 13.00

FECHA DEL CONTROL :	viernes, 24 de marzo de 2023					
07:45:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	NRI	
07:45:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
07:45:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
07:45:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	NRI	
07:45:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
07:45:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 7.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES No. Identif. 1130024174 Edad. 14

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.03.24

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	20.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:**	20.00	1 TAB VO CADA 8 HORAS.
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:**	24.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.

RM. 1118849376
MEDICO GENERAL

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

Ana Paola Alvarado Rem
26607895
Parentesco - Madre

8

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

FECHA EMISION:	2023.03.24
HORA:	11:30:39
PAGINA No:	1

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -183096

USUARIO: QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES **FECHA DE PEDIDO:** 2023/03/24

DOC.IDENT: TI 1130024174 CAMA: - ORIGEN:

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

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

Recibido Paciente

Gina Paola Alvarado Ferro
c.c. 26607095
Parentesco - Madre

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.05.16
HORA: 10:58:01
PAGINA No: 1

Numero: 77616 Fecha Ex. 23/03/23 Hora 10:56
Nombre Paciente: 1130024174 QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES
Dirección: CALLE 4 N 13-60 Telefono:3134915722 Edad:14 A Sexo:M
Medico: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO Prioridad: MEDIA

LECTURA

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.
No hay evidencia de focos de fracturas de cúbito ni de radio en las proyecciones presentadas.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA 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 MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región parieto occipital postero superior izquierda.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
La cisterna de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

FIRMA _____

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

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

Neiva, 23-03-23

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

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

Yo Yina Alvarado identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Brayan Quiroz, con identificación No. 1136074171, 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 28/03/23 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

Yina Alvarado

HUELLA

Firma
Nombre: Yina Paola Alvarado
c.c. 26607895

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

5

ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YAGUARA

REMISIÓN DE PACIENTES

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YA **A:** OTRA INSTITUCIÓN
CÓDIGO: 813003431 MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD
MUNICIPIO: YAGUARA
FECHA SOLICITUD: 23/03/2023 **ESPECIALIDAD SOLICITANTE:** MEDICINA GENERAL
EVENTO: ACCIDENTE DE TRANSITO
SERVICIO QUE REMITE: URGENCIAS **MOTIVO DE REMISIÓN:** NIVEL DE ATENCION III
SERVICIO AL QUE REMITE: URGENCIAS

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: TI. 1130024174 Paciente QUIROZ ALVARADO BRAYAN ANDRES
Fecha Nacimiento: 25/10/2008 Edad: 14 año(s) Sexo MASCULINO
Residencia Habitual: COLOMBIA* HUILA* YAGUARA
Responsable del Paciente
YINA PAOLA ALVARADO FIERRO
MADRE
3134915722
Residencia Actual: YAGUARA

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL

Régimen Subsidiado - Número de Ficha Sisben: Nombre EPS/ARS/CAJA: EQUIDAD SEGUROSNivel de Pobreza: SOAT

SERVICIOS SOLICITADOS

NEUROCIRUGIA

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

OBSERVACIONES

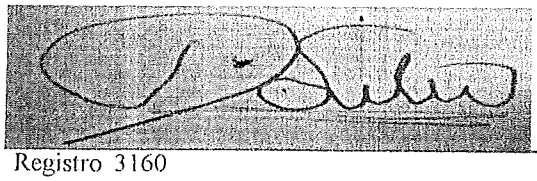
PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria Urgente

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

..PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUIEN PRESENTA TRAUMADE CABEZA CON CEFALEA * GLASGOW 15/15 * ADEMAS PRESENTA CONTUSION DE MUÑECA DERECHA POR LO QUE PRESENTA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL CON ESCORIACIONES EN ESTA Y RODILLA IZQUIERDA* SE REALIZA CURACION DE ESCORIACIONES * INMOVILIZACION DE MUÑECA+ DICLOFENACO 75 MG IM Y SE PROCEDE A REMITIR PARA VALORACION Y MANEJOPOR NEUROCIRUGIA Y ORTOPEDIA EN MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: DIEGO FERNANDO SILVA OCAMPO

Firma



Registro 3160

4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.130.024.174
QUIROZ ALVARADO
APELLIDOS

BRAYAN ANDRES
NOMBRES

Brayan Andres
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-2008
YAGUARA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
25-OCT-2026 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
17-NOV-2015 YAGUARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1909400-00794297-M-1130024174-20160226 0048670094A 1 33374202

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028333461

PLACA: KIA45G	MARCA: TVS	LÍNEA: RAIDER 125		MODELO: 2023
CILINDRADA CC: 124	COLOR: NEGRO NEBULOSA		SERVICIO: PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ: 2	
NÚMERO DE MOTOR: AF3AP15C2832	REG: N	VIN: 9FL25AF37PDA15231		
NÚMERO DE SERIE: 9FL25AF37PDA15231	REG: N	NÚMERO DE CHASIS: 9FL25AF37PDA15231		REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CORDOBA COBALEDA ALEXANDER
IDENTIFICACIÓN: C.C. 83237605

RESTRICCIÓN MOVILIDAD: ******
BLINDAJE: ******
POTENCIA HP: 12
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 482023000044501
I/E: I
FECHA IMPORT.: 19/01/2023
PUERTAS: 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******
FECHA MATRÍCULA: 03/02/2023
FECHA EXP. LIC. TTO.: 03/02/2023
FECHA VENCIMIENTO: ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT07002248843

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83.237.605
CORDOBA COBALEDA
APELLIDOS
ALEXANDER
NOMBRES

Alexander Cordoba Cobaleda
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1975
YAGUARA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
20-JUN-1994 YAGUARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1909400-00216139-M-0083237605-20100219 0021077252A 2 33590145

RUNT REGISTRO UNICO NACIONAL DE TRANSITO MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	KIA45G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028333461	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	TVS	LÍNEA:	RAIDER 125
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9FL25AF37PDA15231	NÚMERO DE MOTOR:	AF3AP15C2832
NÚMERO DE CHASIS:	9FL25AF37PDA15231	NÚMERO DE VIN:	9FL25AF37PDA15231
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	03/02/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8101138700	02/02/2023	03/02/2023	02/02/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:29:25 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. FEC147835

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-06-15 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
225aedcb09150cac8367055fcb4d92c07ed44e440834c522c8d7cba63abc6ad2ade05ecfa59fc7d2f44ae31f7fb4fa6a

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2005731

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-07-15 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
5713fec31aae35977b562adefde8be470b3747b530a6aa3d7f41e23c4d4542d4d8eff7d7ccaeafdc6e5fa81cada668e2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-06-15 03:40:37.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

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

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:29:25 AM
Página: 2

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC147835

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-06-15 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
225aedcb09150cac8367055fcb4d92c07ed44e440834c522c8d7cba63abc6ad2ade05ecfa59fc7d2f44ae31f7fb4fa6a

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
657d2ed5bf4e5f2c1b2a7e760edb395fd24dc92aa89ca856e12251d8de00695c790350aa30998694f2141e5bb24209c6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-06-21 06:23:25.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
011d85d65402d5da5484b94ce954e91df5ef68b390e5e9f32cad18cd2bde7ea7a8c4619cd5784039d08852e8859fedbd

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-06-21 06:23:29.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:29:25 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. FEC147835

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-06-15 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
225aedcb09150cac8367055fcb4d92c07ed44e440834c522c8d7cba63abc6ad2ade05ecfa59fc7d2f44ae31f7fb4fa6a

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 2

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.31	11:37:17	2023.08.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49931

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 158359
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.04.20 - 14:17 | 2023.04.20 - 16:26

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1083839744 BRAND FALLA YANIRA | EDAD : 29 Años
DIRECCION: CALLE 5 N 5-50 HOBO | TELEFONO: 3229786398

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13200	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE CUBITO O RADIO	20-Abr-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	20-Abr-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	20-Abr-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	20-Abr-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	20-Abr-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
13212	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO	20-Abr-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	20-Abr-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13726	MOVILIZACION ARTICULAR BAJO ANESTESIA	20-Abr-2023	39001	7	03	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	66,400	66,400
39101	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	20-Abr-2023	39101	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	47,100	47,100
39205	GRUPO 03	20-Abr-2023	39205	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	111,100	111,100
39301	GRUPOS 02 03	20-Abr-2023	39301	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	63,600	63,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	VICRYL SUTURA # 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								9	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	VENDA ALGODON 5X5								1	4,100	4,100
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	4,800	4,800
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
7 CODIGO DEL COMERCIO
900.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la D an: 1 ***una vigencia de: 12 Meses***
Modalidad ELECTRONICA ***0000 A***

Cufe: 7e4f68283bfe4d8287c677ccfcd5f0516e7f00353812a :835a6e18ac5db
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia :UJILLA 1083839451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta KA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
7 de Septiembre del 2023
20181669

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023 07,31	11:37:17	2023.08.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49931

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 158359
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.04.20 - 14:17 2023.04.20 - 16:26

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1083839744 BRAND FALLA YANIRA EDAD : 29 Años
DIRECCION: CALLE 5 N 5-50 HOBO TELEFONO: 3229786398
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13200	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE CUBITO O RADIO	20-Abr-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	388,500	388,500
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	20-Abr-2023	39108	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	20-Abr-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	20-Abr-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	20-Abr-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
13212	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO	20-Abr-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	20-Abr-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13726	MOVILIZACION ARTICULAR BAJO ANESTESIA	20-Abr-2023	39001	7	03	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	66,400	66,400
39101	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	20-Abr-2023	39101	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	47,100	47,100
39205	GRUPO 03	20-Abr-2023	39205	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	111,100	111,100
39301	GRUPOS 02 03	20-Abr-2023	39301	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	63,600	63,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	VICRYL SUTURA # 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								9	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8,5 MEDISPO								2	0	0
	VENDA ALGODON 5X5								1	4,100	4,100
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	4,800	4,800
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0

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

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

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

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

Cufe: 7e4f6b285bf1e4db2e7e677ce1cd5f0516e710035812a09e979e0516dcf324d2ce4ac39bf46187ed4b4035a6e1bac5db

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

44

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 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.31	11:37:17	2023.08.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49931

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19942561	LACTATO RINGER X 500ML								3	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924286	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
	ROXICAINA JALEA AL2% TUBO X 30ML								1	0	0
52222-01	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20069724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								45	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								30	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.04.20	890202		FGR				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.04.20	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	2,432,600	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,432,600

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.07.31 11:39:34 AM

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

43

Cufe: 7e4f6078bfcad8267c677cefcd5f0516e7f0035381a09e979e95d6e5304d2ce1a839bf46187 6dcb4835a6e18ac5db

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:	49931
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 540,100
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,892,500
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

No.Radicado

RG [ ]

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 49931

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

BRAND — **1er.Apellido o Razon Social**

FALLA — **2do.Apellido**

YANIRA — **1er.Nombre**

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] MS[ ] **No. Documento:** 1083839744

De: 41349 **Fecha de Nacimiento:** 1993/08/8 **Sexo:** F[X] M[ ]

Direcci¾n: CALLE 5 N 5-50

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3229786398

Municipio: HOBO **Cod.** 349

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: **Sismo** [ ] **Maremoto** [ ] **Erup. Volcanicas** [ ] **Huracßn** [ ]
Inundaciones [ ] **Avalancha** [ ] **Desliz. de Tierra** [ ] **Incendio Natural** [ ]

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

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

Direcci¾n de la Ocurrencia: CALLE 5 FRENTE ESCUELA LA ESPERANZA HOBO HUILA

Fecha Evento/Accidente: 2022/11/11 **Hora:** 20:30

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: HOBO **Cod.** 349 **Zona:** U[X] R[ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA GRF89F PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

Marca: SUZUKI **Placa:** GRF89F

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

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

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

Poliza SOAT No 8088226900 **Cobro excedente P¾liza** Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2022/10/2 **Hasta:** 2023/10/1

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

DIAZ — **1er.Apellido o Razon Social**

PERDOMO — **2do.Apellido**

GERMAN — **1er.Nombre**

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE[ ] PA[ ] NIT[ ] TI[ ] RC[ ] **No. Documento** 83228190

Direccion: CALLE 5 N 5 50

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3229786398 **Total Folios:** 0

46

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er.Apellido	2do.Apellido
BRAND	FALLA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
YANIRA	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1083839744

Direcci¾n: CALLE 5 N 5-50

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3229786398

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2022/11/11 a las 21:39

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL **C¾digo de inscripci¾n:** 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 **Telefono:** 8384053 HUILA-HOBO

Profesional que Remite: YOHEIMYS MESTRE BALCAZAR **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2022/11/11 a las 21:54

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

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

Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia BÞsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/04/20 **a las** 14:17 **Fecha de Egreso:** 2023/04/20 **a las** 16:26

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Ingreso

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
BAZAN	

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de MÚdico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2432600	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+	TEL:	3229786398

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2022.11.11 — HORA DE INGRESO: 23:11
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.04.20 — HORA DE EGRESO: 16:26
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S525 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
CONFIRMADO: S525 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
RELACIONADO1: S630 - LUXACION DE LA MU¥ECA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 22.11.12-00:01:19 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 CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA GRF89F PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: HOBO VALORADO A LAS: 23+11 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 11/11/2022 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 20 : 30 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: DIPIRONA TRAMADOL, REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ORTOPEDIA. AHORA CON DOLOR EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, CUELLO, TORAX, ABDOMEN, PELVIS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

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

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN 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 dificulta 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.

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

EPICRISIS No. 54290

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

<<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN MANO DERECHA INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO DE MALA CALIDAD EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, SE RETIRA EVIDENCIANDO DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA. 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 ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- TIEMPOS (TPT, TP, INR).

** 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 NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ORTOPEDISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, GLASGOW 15/15 NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS. (INICIO A LAS 04 AM)
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO MEDICO, Y VALORACION POR ORTOPEDIA.

- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- SS LABORATORIOS.
- PASAR A SALA DE YESO POSTERIOR A INMOVILIZACCION, NO MOJAR YESO Y MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDIA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 22.11.12-00:05:07 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: FRACTURA DE RADIO DISTAL

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

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: FRACTURA DE RADIO DISTAL COMPROMISO ARTICULAR CAVALGADA.

FECHA: 22.11.12-00:07:24 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 00:00 / 00:15 DURACION: 00:14

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

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

FECHA: 22.11.12-00:07:39 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

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

EPICRISIS No. 54290

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

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

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 22.11.12-06:31:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PARACLINICOS DE: 12/11/2022
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 10.05 %NEUTROFILOS: 76.6 % LINFOCITOS: 15.5 HEMOGLOBINA: 13.5 %HEMATOCRITO: 40.2 MCV: 90.9 MCH: 30.5 PLAQUETAS: 162.000 TIEMPOS: TP: 14.50 TPT: 28.90 INR: 1.23 CREATININA : 0.5

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

***** FECHA: 22.11.12-06:56:24 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON FRACTURA DE RADI DISTAL IZQUIERDO CON COMPROMISO ARTICULAR SE COMENTA CON ORTOPEDISTA DE TURNO DOCTOR CUERVO QUIEN INDICA TOMAR TAC DE MUÑECA PARA EVALUAR COMPROMISO ARTICULAR Y ORIENTACCION QUIRURGICA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE MU¥ECA IZQUIERDA

***** FECHA: 22.11.12-07:51:23 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:
TAC DE MUÑECA IZQUIERDA: QUE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO DISTAL CON COMPROMISO INTRAARTICULAR

***** FECHA: 22.11.12-08:00:38 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MUÑECA IZQUIERDA,
AL EXAMEN FISICO: SE EVIDENCIA EDEMA DOLOR Y DEFORMIDAD EN MUÑECA IZQUIERDA NEURÓVASCULAR NORMAL.
RX SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO DISTAL
TAC DE MUÑECA: CONFIRMA FRACTURA DE RADIO DISTAL CON COMPROMISO INTRAARTICULAR + LUXACION RADIOCARPIANA
DX: FRACTURA DE RADIO DISTAL CIN COMPROMISO INTRAARTICULAR + LUXACION RADIOCARPIANA
PLAN: SE PROGRAMA PARA OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL + REDUCCION DE LUXACION RADIOCARPIANA IZQUIERDA EL DIA MARTES

39

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

EPICRISIS No. 54290

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

15/11/2022
SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

** PLAN DE MANEJO:
** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO DISTAL + REDUCCION DE LUXACION RADIOCARPIANA IZQUIERDA
MATERIAL DE SINTESIS ; PLACA DE ANGULO VARIABLE PARA RADIO DISTAL TRAER SET + CLAVOS DE KIRSHNER DE 1.5 Y 1.6
DIA MARTES 15/11/2022
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

*** FECHA: 22.11.12-08:08:26 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
- SALIDA
- MEDICAMENTOS
- ASISTIR A HOSPITALIZACION EL DIA MARTES 15/11/2022 A LAS 11+00 AM PARA CIRUGIA PROGRAMADA, ANUNCIARSE EN RECEPCION
- INCAPACIDAD
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

** MEDICAMENTOS:

WINADEINE F-TABLETAS. TABLETA 325+30 MG
TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 10 DIAS ---------- N 20

** OTROS:

- ELEVACION DE EXTREMIDAD LESIONADA
- MANTENGA YESO SECO Y LIMPIO
- UTILICE UNA BOLSA RESISTENTE AL AGUA PARA EVITAR MOJAR VENDAJE, MIENTRAS SE DUCHA.
- CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, SANGRADO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION EN AREA DE TRAUMA.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL

** ORDENES MEDICAS:

- ASISTIR A HOSPITALIZACION EL DIA MARTES 15/11/2022 A LAS 11+00 AM PARA CIRUGIA PROGRAMADA, ANUNCIARSE EN RECEPCION
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

33

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** FECHA: 22.11.12-08:10:07 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: 2022.11.12-08:09:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

*** FECHA: 22.11.15-11:16:57 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
VENGO PARA CX

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, ORIENTADA.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE TRAUMATICO (ACCIDENTE DE TRANSITO EL 11/11/2022) CON POSTERIOR FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQ ; EL DIA DE HOY INGRESA PARA CORRECCION QX. DE LA MISMA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO;CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS
<<TORAX>>
SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES. <<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES. <<GENITOURINARIO>>
DIURESIS PRESENTE
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO MASAS NI MEGALIAS

37

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

<<DORSO / EXTREMIDADES>>
MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO + VENDAJE ELASTICO + CABESTRILLO, CON BUENA PERFUSION DISTAL Y LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS. <<NEUROLOGICO>>

SIN DEFICIT MOTOR <<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EVOLUCION:
PACIENTE INGRESA A PISO PROGRAMADO PARA , DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE CARGAN ORDENES MEDICAS PRE-QX, SIN CONTRAINDICACION DEL PROCEDIMIENTO EN EL MOMENTO, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

** CONDUCTA:
PACIENTE INGRESA A PISO PROGRAMADO PARA , DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE CARGAN ORDENES MEDICAS PRE-QX, SIN CONTRAINDICACION DEL PROCEDIMIENTO EN EL MOMENTO, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 9 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DOSIS UNICA PPREVIA PROCEDIMIENTO QX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV PREVIO PROCEDIMIENTO QX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HROAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 22.11.15-14:15:26 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE , DOLOR Y DEFORMIDAD NEUROVASCULAR NORMAL.
RX SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PUÑO IZQUIERDO: FRACTURA DE RADIO DISTAL

TAC DE PUÑO IZQUIERDO: FRACTURA DE RADIO DISTAL CON COMPROMISO INTRAARTICULAR + LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

***** FECHA: 22.11.15-14:16:01 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.11.15-14:15:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 22.11.15-14:16:33 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

35

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE , DOLOR Y DEFORMIDAD NEUROVASCULAR NORMAL.
RX SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

*** FECHA: 22.11.15-14:44:07 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDA A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE R ADIO DISTAL IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3.5 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 70 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

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

*** FECHA: 22.11.15-15:20:15 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

*** FECHA: 22.11.15-16:12:05 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 14:30 / 15:15 DURACION: 00:45

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 14099
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
ANTERIOR EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

HALLAZGOS :
FRACTURA DE RADIO DISTAL + LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO ; BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON LAVADO DE MIEMBRO SUPERIOR IZQ CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION CON PACIENTE EN DECUBITO DORSAL SE PRACTICO INCISION EN CARA ANTERIOR DE TERCIO DISTAL DE ANTEBRZAZO DE MAS O MENOS 10 CM DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PRONADOR CUADRADO. SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA DE RADIO DISTAL, SE LAVA CON 500 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE RADIO SE HACE CONTROL CON ARCO EN C AP Y LATERAL MAS OSTEOSINTESIS CON UNA PLACA BLOQUEADA ANGULO VARIABLE 3H + 2 TORNILLOS CORTICAL + 4 TORNILLOS DE BLOQUEO. (CASA COMERCIAL ACOFOR). SE HIZO CONTROL CON ARCO EN C EN CADA PASO DE TORNILLOS DISTALES PARA DESCARTAR QUEDARAN INTRARTICULARES. ENSEGUIDA POR LA MISMA VIA SE PRACTICO REDUCCIOON ABIERTA DE LA LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL QUEDANDO ESTABLE. SE PRACTICA LAVADO DE LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE CIERRA LA HERIDA CON VICRYL EN PLANO MUSCULAR Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PROLENE 2/0 EN PIEL. FINALMENTE SE CUBRE LA HERIDA CON GASAS CON ISODINE SOLUCION Y SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON LAMINADO Y VENDAJE ELASTICO + ESPARADRAPO.
SANGRADO 120 ML
NO COMPLICACIONES
ARCO EN C 6 DISPAROS.

*** FECHA: 22.11.15-16:13:22 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX PUÑO IZQ FRACTUIRA DE RADIO DISTAL REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

33

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ANALISIS PLAN:
LAN
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.11.15-16:13:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 22.11.15-17:57:49 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO
2. LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

PROCEDIMIENTOS:
1. REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL IZQUIERDO 15/11/2022

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. QUIRURGICOS: POMEROY

PACIENTE INGRESA A PISO EN POP INMEDIATO DESCRITO SIN COMPLICACIONES, DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE CARGAN ORDENES DE ORTOPEDIA POP Y SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA.

** CONDUCTA:

32

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS SEGÚN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

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

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 22.11.15-20:37:27 MEDICO: / (DR(A). CJL - CRISTIAN JAVIER LOSADA CORTES - C.C. 1075266060 - REG. MEDICO: 1075266060 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA DE TURNO NOCHE

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS, CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS, SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO, SIN COMPLICACIONES ADICIONALES, EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICION GENERAL, CONSTANTES VITALES DE: TA 110/70 MMHG, FC 70 PLM, SATO2 97%, T 36.2°C, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO MAS VENDAJE JONES EN TERCIO DISTAL EN BUENA CONDICION, NO PARESTESIAS, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG, NEUROVASCULAR NORMAL, EN SEGUIMIENTO POR SERVICIO DE ORTOPEDIA, EN PLAN DE MANEJO MEDICO Y VIGILANCIA POP, REQUIERE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA.

NOTA: PACIENTE VALORADO BAJO PROTOCOLO INSTITUCIONAL CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN EFECTO A RESPUESTA ANTE PANDEMIA COVID19.

*** FECHA: 22.11.16-05:59:39 MEDICO: / (DR(A). CJL - CRISTIAN JAVIER LOSADA CORTES - C.C. 1075266060 - REG. MEDICO: 1075266060 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
EVOLUCION DIARIA SERVICIO HOSPITALIZACION - MEDICINA GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
- FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO
- LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

31

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

EPICRISIS No. 54290

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

PROCEDIMIENTOS:
- REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL IZQUIERDO 15/11/2022

ANTECEDENTES PERSONALES:
- QUIRURGICOS: POMEROY

S/ REFIERE SENTIRSE MEJOR, BUEN PATRON DE SUEÑO, ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, NIEGA SINTOMAS ADICIONALES.

O/ PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL
--- SV: TA: 110/78 MMHG, FC: 69 LPM, FR: 19 RPM, T: 36.0°C, SPO2: 98%

C/C: MUCOSAS HUMEDAS, ROSADAS, ANICTERICAS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS.
C/P: RSCSRS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES NI RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO MAS VENDAJE JONES EN TERCIO DISTAL EN BUENA CONDICION, NO PARESTESIAS, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG, NEUROVASCULAR NORMAL.
NEUROLOGICO: PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15.

*** ANALISIS ***
PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS, CON DIAGNOSTICO DESCRITOS, EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICION GENERAL, CONSTANTES VITALES ESTABLES, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN SEGUIMIENTO POR SERVICIO DE ORTOPEDIA, EN PLAN DE MANEJO MEDICO Y VIGILANCIA POP, REQUIERE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA.

** CONDUCTA:
- CONTINUAR MANEJO ANALGESICO Y CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO INSTAURADO.

NOTA: PACIENTE VALORADO BAJO PROTOCOLO INSTITUCIONAL CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN EFECTO A RESPUESTA ANTE PANDEMIA COVID19.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HROAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.

30

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

EPICRISIS No. 54290

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

***** FECHA: 22.11.16-07:59:20 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
- FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO
- LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

PROCEDIMIENTOS:
- REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL IZQUIERDO 15/11/2022

ANTECEDENTES PERSONALES:
- QUIRURGICOS: POMEROY

SUBJETIVO

EL PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS, CON DIURESIS POSITIVA EXPONTANEA SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS DEPOSICIONES POSTIVAS SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS REFERIDOS POR EL PACIENTE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ADICIONAL

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE FC 50LPM, FR 17RPM, TA 111/66 MMHG SAT 98% TEMP 36.1°

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

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

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

ABDOMEN // sin evidencia de trauma externo. No distendido, Peristaltismo presente y normal. no dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa o megalias

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

29

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

EPICRISIS No. 54290

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

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

DORSO Y EXTREMIDADES /// Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. Extremidades SE EVIDENCIA MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO MAS VENDAJE BULTOSO DISTAL sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

PIEL Y FANELAS /// Sin lesiones.

****

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADO CON ADECUADA EVOLUCION POP , EN EL MOMENTO DE LA VALORACION CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE BAJO GASTO SIN SIGNOS DE FUGA VASCUALR CON ADECUADA PERFUSION DISLTA EN QUIEN SE CONSIDERA EGRESO CON ANALGESICO Y ANTIBIOTICO TERAPIA ADEMAS DE CITA CONTROL EN 15 DIAS SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE DE CONSULTAR SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
EGRESO
INCAPACIDAD POR 30 DIAS

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

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

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

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL.

28

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL IBUPROFENO Y COMPRAr MIALGILOX (2/400MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE "RESPONES" , REALICE CURACIONES CON ISODINE, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- EN CASO DE QUE LE HALLAN REALIZADO INMOVILIZACION NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

*** FECHA: 22.11.16-08:00:40 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

PACIENTE CON DX ANOTADOS; QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO AFEBRIL CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE ATIENDE ORDEN DE ESPECIALIDAD TRATANTE Y SE CIERRA H.C.

PACIENTE CON INCAPACIDAD VIGENTE

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.11.16-08:00:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 22.11.30-08:30:35 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL POS OPERATORIO INEDIATO DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 11 DE NOVIEMBRE DEL 2022 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA EL DIA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2022

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 70 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, CON MATERIAL DE SUTURA SIN SIGNOS DE INFECCION , LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE PUÑO Y DEDOS
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
RETIRAR PUNTOS AHORA EN PUÑO IZQUIERDO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

PRACTRICAR EN 15 DIAS
RX DE PUÑO IZQUIERDO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
RETIRAR PUNTOS AHORA EN PUÑO IZQUIERDO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

*** FECHA: 22.11.30-08:50:02 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
RETIRAR PUNTOS AHORA EN PUÑO IZQUIERDO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.11.30-08:50:02 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2022.12.12 FIN: 2023.01.10

***** FECHA: 22.11.30-09:44:40 MEDICO: / (AUXIL. ADM - ADRIANA MOLINA RAMOS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 08:59 / 09:09 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

08:58H// USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 29 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE HERIDA EN CODO Y RODILLA CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

08:59H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION ,SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 5 CM RESPECTIVAMENTE EN MUÑECA IZQUIERDA, EN PROCESO DE CICATRIZACION ,PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION , SIN SIGNOS DE DEHISCENCIA , SIN SALIDA DE SECRECION ,SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC+10CC DE SOLUCCION +300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

09:09H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

***** FECHA: 22.12.15-09:12:13 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

25

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A ONTROL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERD, TRAE RX DE CONTROL SOCLITADO EN CONSULTA PREVIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 11 DE NOVIEMBRE DEL 2022 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA EL DIA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2022

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, LIMITACION SEVERA DE LA MOVILIDAD DE PUÑO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
AGUA TIBIA
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PUÑO IZQUIERDO: FRACTURA DE RADIO DISTAL MANTIENE REDUCCION CON MATERIAL DE SINTESIS FALTA CALLO OSEO

LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL REDUCIDA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PRACTRICAR EN 15 DIAS
RX DE PUÑO IZQUIERDO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AGUA TIBIA
TERAPIA EN CASA

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

EPICRISIS No. 54290

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

*** FECHA: 22.12.15-09:32:01 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
AGUA TIBIA
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.12.15-09:32:01 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.01.11 FIN: 2023.02.09

*** FECHA: 23.01.13-08:49:50 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA , TRAE RX DE CONTROL SOCLITADO ENC ONSULTA PREVIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 11 DE NOVIEMBRE DEL 2022 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA EL DIA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2022

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

23

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, LIMITACION SEVERA DE LA MOVILIDAD DE PUÑO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PUÑO IZQUIERDO: FRACTURA DE RADIO DISTAL MANTIENE REDUCCION CON MATERIAL DE SINTESIS FALTA CALLO OSEO

LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL REDUCIDA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PRACTRICAR EN 1 MES
RX DE PUÑO IZQUIERDO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

***** FECHA: 23.01.13-09:05:39 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
MANTIENE INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.01.13-09:05:39 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. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** FECHA: 23.02.09-08:16:32 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIEN A CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA , TRAE RX DE CONTROL SOCLITADO EN CONSULTA PREVIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 11 DE NOVIEMBRE DEL 2022 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA EL DIA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2022

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, LIMITACION SEVERA DE LA MOVILIDAD DE PUÑO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA
AMBULATORIO DURACION: 1 HORA TELEFONO:3229786398--3114953403

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PUÑO IZQUIERDO: FRACTURA DE RADIO DISTAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS

LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL REDUCIDA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA

21

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

EPICRISIS No. 54290

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

AMBULATORIO DURACION: 1 HORA TELEFONO:3229786398--3114953403

*** FECHA: 23.02.09-08:36:20 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
** ORDENES Qx:

PLAN
SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA
AMBULATORIO DURACION: 1 HORA TELEFONO:3229786398--3114953403

** ORDENES MEDICAS:

REINTEGRARSE A LABORAR AL TERMINAR INCAPACIDAD LABORAL CON RESTRICCION PARA LEVANTAR OBJETOS (MAYOR A 5 KILOS) POR 3 MESES

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.02.09-08:36:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.04.20-14:17:36 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 20 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, LIMITACION SEVERA DE LA MOVILIDAD DE PUÑO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

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

EPICRISIS No. 54290

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PUÑO IZQUIERDO: FRACTURA DE RADIO DISTAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS

LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL REDUCIDA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC EN BOLO Y LUEGO A MANTENIMIENTO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR ANTES DE CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CANALIZAR

*** FECHA: 23.04.20-14:18:33 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.20-14:18:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.04.20-14:20:16 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

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

EPICRISIS No. 54290

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 20 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, LIMITACION SEVERA DE LA MOVILIDAD DE PUÑO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA

***** FECHA: 23.04.20-15:55:01 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY

HORA INICIAL/FINAL: 16:00 / 16:30 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
MOVILIZACION ARTICULAR BAJO ANESTESIA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 15277
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION: ANTERIOR PUÑO IZQUIERDO DE 7 CM APROX.

HALLAZGOS: FRACTURA RADIO DISTAL IZQ CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS TEJIDO DE GRANULACION Y SECRECION

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SEROSA- ANQUILOSIS FIBROSA DE PUÑO .

DESCRIPCION QUIRURGICA

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD,VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO, BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASPESIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPÚMA Y SOLUCION , SE INCIDE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, PLANO MUSCULAR HASTA HUESO DONDE SE ENCUENTRA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, SE PROCEDE A RETIRAR TORNILLOS Y PLACA DEL RADIO DI9STAL IZQ ; SE REALIZA CURETAJE DE HUESO Y DESBRIDAMIENTO TEJIDO DE GRANULACION Y SE PRACTICA LAVADO CON 1000 CC DE SOLUCION SALINA NORMAL . LUEGO SE PARACTICA MOVILIZACION DE LA ARTICULACION DEL PUÑO CONSIGUIENDOSE ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS . SE REVISA HEMOSTASIA Y SE PROCEDE A CERRAR POR PLANOS PLANO PROFUNDO CON VICRYL 2-0 Y PIEL CON PROLENEL 3-0. SE CUBRE CON GASA +ISODINE SOLUCION , SE INMOVILIZA CON VENDAJE CON ALGODON Y VENDAJE ELASTICO .
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.
SANGRADO ESCASO.

***** FECHA: 23.04.20-16:28:42 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDA A CIRUGIA PARA RETIRO DE MATERIAL DE SINTESIS DE RADIO IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3.5 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 70 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

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

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.04.20-16:31:37 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** ANALISIS PLAN:
PLAN
SALIDACON MEDICACION
CONTROL CE EN 15 DIAS
INCAPACIDAD 15 DIAS
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

17

IBUPROFENOS X 400MG TABLETAS =20 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS

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

EPICRISIS No. 54290

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

PACIENTE: BRAND FALLA YANIRA

DOC.IDENT:	CC 1083839744	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50		
FCHA.NACTO:	1993.08.08	EDAD:	29 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3229786398
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

CEFALEXINA X 500 MG TABLETAS = 20 TOMAR 2 TABLETA CADA 6 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS DR GARCIA
NO MOJAR VENDAJES NI QUITAR
VENIR POR URGENCIAS EN CASO DE COMPLICACION
LLAMAR A SOLICITAR LA CITA DE CONTROL CON ANTICIPACION.

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.20-16:26:04 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S525 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO		
RELACIONADO 1: S630 - LUXACION DE LA MU¥ECA		

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

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 021481-52

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15277

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -158359 Fecha 20/04/23

Nombre Paciente: BRAND FALLA YANIRA 1083839744 Edad: 29 Sexo: F

Hora inicio 16:00 Hora fin: 16:30 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion:SINDY

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S525-FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS	1. S525-FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS
2. M246-ANQUILOSIS ARTICULAR PUÑO IZQ	2. M246-ANQUILOSIS ARTICULAR POSTRAUMATICA PUÑO IZQ

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
13212	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO	FGR	1 - 1i Interv 100%
13200	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE CUBITO O RADIO	FGR	1 - 1i Interv 100%
13726	MOVILIZACION ARTICULAR BAJO ANESTESIA	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION: ANTERIOR PUÑO IZQUIERDO DE 7 CM APROX.

HALLAZGOS: FRACTURA RADIO DISTAL IZQ CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS TEJIDO DE GRANULACION Y SECRECION SEROSA- ANQUILOSIS FIBROSA DE PUÑO .

DESCRIPCION QUIRURGICA

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD,VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO, BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASPESIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPÚMA Y SOLUCION , SE INCIDE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, PLANO MUSCULAR HASTA HUESO DONDE SE ENCUENTRA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, SE PROCEDE A RETIRAR TORNILLOS Y PLACA DEL RADIO DI9STAL IZQ ; SE REALIZA CURETAJE DE HUESO Y DESBRIDAMIENTO TEJIDO DE GRANULACION Y SE PRACTICA LAVADO CON 1000 CC DE SOLUCION SALINA NORMAL . LUEGO SE PARACTICA MOVILIZACION DE LA ARTICULACION DEL PUÑO CONSIGUIENDOSE ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS . SE REVISA HEMOSTASIA Y SE PROCEDE A CERRAR POR PLANOS PLANO PROFUNDO CON VICRYL 2-0 Y PIEL CON PROLENEL 3-0. SE CUBRE CON GASA +ISODINE SOLUCION , SE INMOVILIZA CON VENDAJE CON ALGODON Y VENDAJE ELASTICO .
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.
SANGRADO ESCASO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

CIRUJANO

15

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083839744

ADMISION N_: 158359

NOMBRE: BRAND FALLA YANIRA **Num. Id-:** CC 1083839744
FECHA NACIMIENTO: 1993.08.08 **EDAD:** 29 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.04.20 **HORA DE INGRESO:** 14:17:36 **Fecha/Hora de registro:** 2023.04.20 14:17
DIRECCION: CALLE 5 N 5-50 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3229786398
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.04.20

<< REGISTRO: 14:17:36 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: MGC MEDICINA GENERAL CONTROL **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<2022.11.12-00:01:19>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 149823
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: POMEROY * Alergicios: Niega * FUR: 01/11/2022

--><<2022.11.15-14:15:27>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 149952
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 11 DE NOVIEMBRE DEL 2022
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA EL DIA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2022

--><<2022.11.15-14:57:37>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 149952

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: POMEROY

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083839744

ADMISION N_: 158359

NOMBRE: BRAND FALLA YANIRA **Num. Id-:** CC 1083839744

FECHA NACIMIENTO: 1993.08.08 **EDAD:** 29 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.04.20 **HORA DE INGRESO:** 14:17:36 **Fecha/Hora de registro:** 2023.04.20 14:17

DIRECCION: CALLE 5 N 5-50 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3229786398

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:17:36 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

NUEVO

--><<2023.04.20-14:17:37>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 158359

RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA EL DIA 20 DE ABRIL DEL 2023

--><<2023.04.20-16:37:42>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 158359

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: POMEROUY, CIRUGIA DE MIEMBRO INFERIOR, OSTEOSINTESIS DE RADIO IZQ

ANESTESICOS: 3 ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/70 **FC:** 20 **FR:** 20 **Tmp:** 36.6 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, LIMITACION SEVERA DE LA MOVILIDAD DE PUÑO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

13

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083839744

ADMISION N_: 158359

NOMBRE: BRAND FALLA YANIRA **Num. Id-:** CC 1083839744

FECHA NACIMIENTO: 1993.08.08 **EDAD:** 29 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.04.20 **HORA DE INGRESO:** 14:17:36 **Fecha/Hora de registro:** 2023.04.20 14:17

DIRECCION: CALLE 5 N 5-50 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3229786398

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S630 LUXACION DE LA MU¥ECA

ANALISIS/PLAN

PLAN

RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX DE PUÑO IZQUIERDO: FRACTURA DE RADIO DISTAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS

LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL REDUCIDA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC EN BOLO Y LUEGO A MANTENIMIENTO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR ANTES DE CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CANALIZAR

<< REGISTRO: 14:18:33 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.20-14:18:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083839744

ADMISION N_: 158359

NOMBRE: BRAND FALLA YANIRA **Num. Id-:** CC 1083839744

FECHA NACIMIENTO: 1993.08.08 **EDAD:** 29 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.04.20 **HORA DE INGRESO:** 14:17:36 **Fecha/Hora de registro:** 2023.04.20 14:17

DIRECCION: CALLE 5 N 5-50 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3229786398

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.04.20 **HORA DE EGRESO:** 14:18:22 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 158359 - 10000

NOMBRE:	BRAND FALLA YANIRA		C.C. -TI-RC-OTRO	1083839744	
EDAD:	29 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1993.08.08	SEXO:	F
DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50			TELEFONO:	3229786398
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2023.04.20

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2022.11.12-00:01:19>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 149823
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: POMEROY * Alergicios: Niega * FUR: 01/11/2022

--->><<2022.11.15-14:15:27>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 149952
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 11 DE NOVIEMBRE DEL 2022
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL IZQUIERDA EL DIA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2022

--->><<2022.11.15-14:57:37>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 149952

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: POMEROY

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2023.04.20-14:17:37>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 158359
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO + MOVILIZACION ARTICULAR DE PUÑO IZQUIERDO BAJO ANESTESIA EL DIA 20 DE ABRIL DEL 2023

--->><<2023.04.20-16:37:42>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 158359

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: POMEROUY, CIRUGIA DE MIEMBRO INFERIOR, OSTEOSINTESIS DE RADIO IZQ

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 158359 - 10000

NOMBRE: BRAND FALLA YANIRA C.C. -TI-RC-OTRO 1083839744

EDAD: 29 A FECHA DE NACIMIENTO: 1993.08.08 SEXO: F

DIRECCION: CALLE 5 N 5-50 TELEFONO: 3229786398

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2023.04.20 EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO

CARDIOVASCULARES:

PULMONARES:

ANESTÉSICOS:

QUIRÚRGICOS:

FARMACOLÓGICOS:

TÓXICO - ALÉRGICOS:

OTROS:

ANESTESICOS: 3 ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 123/68 **FC:** 79 **FR:** 22 **PESO:** 70 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTRERACION

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

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

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
CICATRIZ QUIRURGICOA EN ANTEBRAZO DISTAL IZQUIERDO POR OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO

OTROS:
SIN ALTERACION

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

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

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

9

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 158359 - 10000

NOMBRE:	BRAND FALLA YANIRA		C.C. -TI-RC-OTRO	1083839744	
EDAD:	29 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1993.08.08	SEXO:	F
DIRECCION:	CALLE 5 N 5-50			TELEFONO:	3229786398
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

DIAGNOSTICO: S525
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERRAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

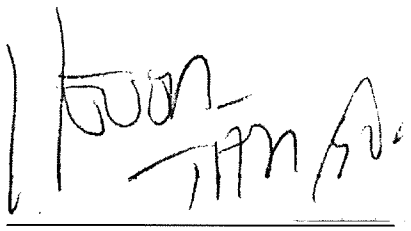
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.04.20 **HORA:** 13:05:33

SERVICIO: OROTPEDIA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Bisad	Gall.	Yair.	1068839744

FECHA (Dia Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
20 | 4 | 23 |	20 | A |	HET M	165	70	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Ox			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	E.R.	E.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DIR.	PRO.TOT.	ABUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: X compatible de codos izq con otros

OPERACION PROPUESTA Yeso de antebrazo izq con codos

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

Pan - no
Ox - Penumy
AT - no

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO IOT SI NO — VIA AEREA N — DIENTES N — CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Rx Basico

RESUMEN Y PLAN

			TIPO
/	/		BLOQUEO
			PERIDURAL
			ESPINAL
/	/		GENERAL

Mio-c Bupi + Bupi
anestesia general
anestesia

PREFERE | USO | OTRO — NECESITA SANGRE: NO C.C. — PREMEDICACION: NO

ESTADO PSICOLOGO: Tranquilo

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION DAC

REPARACION E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA 16:40

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION
HEMORRAGIA	Negativa						
REFLEJOS	positivo						
MOTILIDAD	positiva						

OTRAS

RECUPERACION OK
CONCIENCIA OK
DIURESIS OK
SENSIBILIDAD OK
PIEL no cianosis

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS: Ingresa vigil. de recuperacion bajo anestesia general sin complicaciones

T			
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO: 16:40 Mejorsi

FIRMA

EFECTOS PREMEDICACION:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

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

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO / SOLIDO

TECNICA: LOCAL | BLOQUEO | GENERAL | CAUDAL | OTRA

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC / CSA / CCC

E
A
C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES

1
2
3
4
5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No
I NT No
E OT No
E NT No

PULSO

RESPIRACION

TA. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC XXX

T°

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6
7
8
9
10
TF
12
13
14
15
16

TOTAL C.C.
C.C.

TOTALES

1 | 2 | 3 | 4
5 | 6 | 7 | 8
9 | 10 | 11 | 12
13 | 14 | 15 | 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

DIRECTOR DEL SERVICIO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Jul-2023 08:54:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 BRAND FALLA YANIRA EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.04.2 13:00
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 29 Años **Fecha Egreso** :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1083839744 BRAND FALLA YANIRA 1 NIVEL I HOBO CALLE 5 N 5-50 3229786398

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.04.20	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	KML	45.00
2023.04.20	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN	KML	10.00
2023.04.20	ROP	ROX JALEA	ROXICAINA JALEA AL2% TUBO X 30ML	KML	1.00
2023.04.20	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	KML	1.00
2023.04.20	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	KML	30.00
2023.04.20	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	KML	1.00
2023.04.20	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	KML	10.00
2023.04.20	BAX	LACTATO	LACTATO RINGER X 500ML	KML	3.00
2023.04.20	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	3.00
2023.04.20	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	KML	3.00
2023.04.20	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	KML	1.00
2023.04.20	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	KML	1.00
2023.04.20	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 3-0 DEMETECH	KML	1.00
2023.04.20	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	KML	1.00
2023.04.20	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	KML	1.00
2023.04.20	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	KML	1.00
2023.04.20	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	KML	1.00
2023.04.20	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	300.00
2023.04.20	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	300.00
2023.04.20	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	KML	2.00
2023.04.20	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	KML	2.00
2023.04.20	ME	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	KML	1.00
2023.04.20	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	KML	1.00
2023.04.20	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	KML	10.00
2023.04.20	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	10.00
2023.04.20	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	KML	2.00
2023.04.20	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	KML	2.00
2023.04.20	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	KML	2.00
2023.04.20	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	2.00
2023.04.20	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	KML	2.00
2023.04.20	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	KML	2.00
2023.04.20	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	KML	2.00
2023.04.20	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	KML	2.00

6

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202211110102 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 11 MES 11 AÑO 2022 **Autorización:** X
No. de Historia Clínica CC1083839744
Sede ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA Código 413490048401
Institución a la que se remite ---------- Código 0

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
YANIRA	BRAND	FALLA	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ **No.** 1083839744
Dirección B/KENNEDY Teléfono 0 Edad 29 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 08/08/1993
Estado Civil UNION LIBRE

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS OC

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso	Servicio que Remite		Especialidad
D 11 M 11 A 2022	D 11 M 11 A 2022	Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
		Consulta Externa		
		Hospitalización		
		Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Remisión		Médico que Remite	
Nivel de Competencia	X	Nombre	YOHEIMYS MESTRE BALCAZAR
No hay Recurso Humano		Firma y Sello	
No hay Equipo			
Petición Voluntaria			
Otro			
		C.C	1140843730
		Registro Médico	1140843730

PACIENTE FEMENINA 29 AÑOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 1 HR DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCICLETA GN125 DE PLACA GRF89F CUANDO SE MOVILIZABA POR VIA PUBLICA POR LA CALLE 5# 5-50 BARRIO KENNEDY EN EL MUNICIOPIO DE HOBO HULIA, EN CALIDAD DE CONDUCTOR QUIEN PIERDE EL CONTROL DEL VEHICULO EN MOVIMIENTO (MOTO) EN MUÑECA IZQUIERDA DONDE PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD ANATOMICA Y LIMITACION FUNCIONAL MOTIVO POR EL CUAL ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION MEDICA. S/ MANIFIESTA SENTIRSE EN REGULAR ESTADO GENERAL, ALGICA, QUEJUMBROSO. O/ PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFORMIDAD ANATOMICA A NIVEL DE MUÑECA IZQUIERDA. RESTO NORMAL IDX: 1. ACCIDENTE DE TRANSITO 2. TRAUMATISMO CONTUNDENTE EN MUÑECA IZQUIERDA 2.1 SOSPECHA DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQ.¿¿ ANALISIS: VALORO PACIENTE QUIEN SUFRIR POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR LO QUE REQUIERE REALIZACION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE PERMITAN DESCARTAR LESIONES OSEAS CON LO QUE NO SE CUENTA EN LA INSTITUCION MOTIVO POR EL CUAL INDICO REMISION A II NIVEL. *****PROCEDIMIENTO DE INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO**** INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO DX: 1. ACCIDENTE DE TRANSITO 2. TRAUMATISMO CONTUNDENTE EN MUÑECA IZQUIERDA 2.1 SOSPECHA DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQ.¿¿ MATERIALES: VENDAJE ELASTICA 4X5 No 1 VENDAJE DE ALGODON 4X5 No 1 VENDAJE DE YESO 4X5 No 1 PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN COMPLICACIONES PACIENTE DECUBITO SUPINO, REALIZAMOS APLICACIÓN DE FERULA DE YESO ANTEBRAQUIOPALMAR A NIVEL DE MANO Y MUÑECA DERECHA EN POSICION ANATOMICA, SE DA POR TERMINADO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. ********** ********** PLAN: -. REMISION A II NIVEL PARA VALORACION POR ORTOPEDIA -. SSN 0.9% 500 CC EN BOLO Y LUEGO TAPON VENOSO -. TRAMADOL 50 MG IV AHORA -. DIPIRONA 2.5 GR IV AHORA -. FERULIZAR MIEMBRO SUPERIOR CON FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR -. CUIDADOS DE ENFERMERIA -. VIGILANCIA MEDICA -. CSV-AC

Nivel de Competencia

Nivel que Remite 1 X 2 ____ 3 ____ 4 ____
Nivel al que se Remite 1 X 2 ____ 3 ____ 4 ____

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 21:39 Hora 21 Minutos 39
Nombre de la persona que solicita la Remisión
YOHEIMYS MESTRE BALCAZAR.(MEDICINA .)
Hora Confirmación 21:39 Hora 21 Minutos 39
Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)
X
Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)
Hora _____ Minutos _____
Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	V299
TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	S697
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO	S526

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:
PACIENTE FEMENINA 29 AÑOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 1 HR DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCICLETA GN125 DE PLACA GRF89F CUANDO SE MOVILIZABA POR VIA PUBLICA POR LA CALLE 5# 5-50 BARRIO KENNEDY EN EL MUNICIOPIO DE HOBO HULIA, EN CALIDAD DE CONDUCTOR QUIEN PIERDE EL CONTROL DEL VEHICULO EN MOVIMIENTO (MOTO) EN MUÑECA IZQUIERDA DONDE PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD ANATOMICA Y LIMITACION FUNCIONAL MOTIVO POR EL CUAL ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION MEDICA.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
110/80	78	36.20	19	165.0	75.00	

Hallazgos del Examen Físico

LO ANOTADO ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALGICA, QUEJUMBROSA **Cabeza**:Normal NORMOCEFALA, MOH - **Cuello**:Normal MOVIL SIN ADENOPATIAS - **Torax**:Normal PULMONES VENTILADOS SIN AGREGADOS, RSCSRS SIN SOPLO - **Abdomen**:Normal BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO - **G/U**:Normal NE - **Extremidades**:Normal PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFORMIDAD ANATOMICA A NIVEL DE MUÑECA IZQUIERDA. - **Neurológico**:Normal SIN DEFICIT APARENTE - **Nariz**:Normal NORMAL - **Oidos**:Normal NORMAL - **Boca**:Normal NORMAL - **Ojos**:Normal NORMAL - **Piel**:Normal NORMAL - **Ano**:Normal NE - **Osteomuscular**:Normal LO ANOTADO

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (00021136106) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000215R1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N028D0267011) DIPIRONA SOL INY 2 5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02AT020702) TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG AMPOLLAS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V004154) VENDA ALGODON N. 6*5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (50018000004) VENDA DE YESO 4X5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (50031000008) VENDAS ELASTICAS 4X5 *Dosis:* 1;

Nota Médica

11/11/2022 a las 21:38:23.

PACIENTE FEMENINA 29 AÑOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 1 HR DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCICLETA GN125 DE PLACA GRF89F CUANDO SE MOVILIZABA POR VIA PUBLICA POR LA CALLE 5# 5-50 BARRIO KENNEDY EN EL MUNICIOPIO DE HOBO HULIA, EN CALIDAD DE CONDUCTOR QUIEN PIERDE EL CONTROL DEL VEHICULO EN MOVIMIENTO (MOTO) EN MUÑECA IZQUIERDA DONDE PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD ANATOMICA Y LIMITACION FUNCIONAL MOTIVO POR EL CUAL ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION MEDICA.

S/ MANIFIESTA SENTIRSE EN REGULAR ESTADO GENERAL, ALGICA, QUEJUMBROSO.

O/
PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFORMIDAD ANATOMICA A NIVEL DE MUÑECA IZQUIERDA.
RESTO NORMAL

IDX:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO
2. TRAUMATISMO CONTUNDENTE EN MUÑECA IZQUIERDA
2.1 SOSPECHA DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQ.??

ANALISIS: VALORO PACIENTE QUIEN SUFRIR POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR LO QUE REQUIERE REALIZACION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE PERMITAN DESCARTAR LESIONES OSEAS CON LO QUE NO SE CUENTA EN LA INSTITUCION MOTIVO POR EL CUAL INDICO

REMISION A II NIVEL.

*****PROCEDIMIENTO DE INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO****
INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO

DX:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO
2. TRAUMATISMO CONTUNDENTE EN MUÑECA IZQUIERDA
2.1 SOSPECHA DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQ.?¿

MATERIALES:
VENDAJE ELASTICA 4X5 No 1
VENDAJE DE ALGODON 4X5 No 1
VENDAJE DE YESO 4X5 No 1
PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN COMPLICACIONES

PACIENTE DECUBITO SUPINO, REALIZAMOS APLICACIÓN DE FERULA DE YESO ANTEBRAQUIOPALMAR A NIVEL DE MANO Y MUÑECA DERECHA EN POSICION ANATOMICA, SE DA POR TERMINADO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.
****

PLAN:
-. REMISION A II NIVEL PARA VALORACION POR ORTOPEDIA
-. SSN 0.9% 500 CC EN BOLO Y LUEGO TAPON VENOSO
-. TRAMADOL 50 MG IV AHORA
-. DIPIRONA 2.5 GR IV AHORA
-. FERULIZAR MIEMBRO SUPERIOR CON FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR
-. CUIDADOS DE ENFERMERIA
-. VIGILANCIA MEDICA
-. CSV-AC

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	V299
TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	S697
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO	S526

Observaciones o Sugerencias

DX: 1. ACCIDENTE DE TRANSITO 2. TRAUMATISMO CONTUNDENTE EN MUÑECA IZQUIERDA 2.1 SOSPECHA DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQ.?¿ PLAN: -. REMISION A II NIVEL PARA VALORACION POR ORTOPEDIA -. SSN 0.9% 500 CC EN BOLO Y LUEGO TAPON VENOSO -. TRAMADOL 50 MG IV AHORA -. DIPIRONA 2.5 GR IV AHORA -. FERULIZAR MIEMBRO SUPERIOR CON FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR -. CUIDADOS DE ENFERMERIA -. VIGILANCIA MEDICA -. CSV-AC

Impreso por:

ERIKA LILIANA ROJAS COMETA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.083.839.744
BRAND FALLA
APELLIDOS
YANIRA
NOMBRES

Yanira Brand Falla
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1993
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA | A+ G.S RH | F SEXO
05-SEP-2011 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1904300-00363492-F-1083839744-20120303 0029368410A 2 38515957

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020553064

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
GRF89F	SUZUKI	GN 125	2020

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	AZUL	PARTICULAR

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

NUMERO DE MOTOR: 157FMI-3*B2X84605* REG: N VIN: 9FSNF41B5LC303034

NUMERO DE SERIE: ****** REG: N NÚMERO DE CHASIS: 9FSNF41B5LC303034 REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): DIAZ PERDOMO GERMAN
IDENTIFICACIÓN: C.C. 93228190

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******
POTENCIA HP: 13

DECLARACIÓN DE IMPORTACION: 162019000016814
I/E: I
FECHA IMPORT.: 29/10/2019
PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA: 27/01/2020
FECHA EXP. LIC. TTO: 12/05/2020
FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT02005915191

SOAT

EXPEDIDO POR ENTIDADES FINANCIERAS Y CENTROS PAYS AUTORIZADOS

equidad

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
AÑO MES DÍA	AÑO MES DÍA	AÑO MES DÍA
2022-10-01	2022-10-02	2023-10-01

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA	MODELO
8088226900	GRF89F	MOTOS	PARTICULAR	124	2020

PASAJER	MARCA	CARROCERÍA
2	SUZUKI	
LÍNEA VEHICUL	GN 125	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
157FMI3B2X84605	9FSNF41B5LC303034	9FSNF41B5LC303034	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
BRAND ZAMBRANO, BENITO	3229786398	CC	4939391	HOBO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

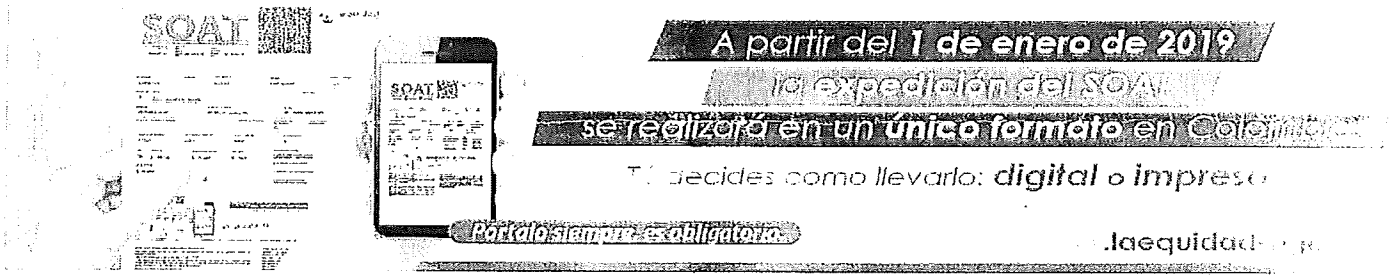
TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT
120	$ 364900	$ 189700	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 556700

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.25	09:42:26	2023.08.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49596

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

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 158535,158689

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.04.23 - 23:06	2023.04.26 - 10:35

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 4950477 PEREZ CASTRO ALCIDES EDAD : 46 Años

DIRECCION: VEREDA HATO NUEVO VILLAVIEJA TELEFONO: 3104457417

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	25-Abr-2023	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	474,600	474,600
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	25-Abr-2023	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	271,400	271,400
39120	GRUPO 09	25-Abr-2023	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	129,800	129,800
39211	GRUPO 09	25-Abr-2023	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	785,000	785,000
39303	GRUPOS 07 08 09	25-Abr-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	25-Abr-2023	39004	4	06	75.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	214,400	214,400
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	25-Abr-2023	39104	4	06	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	127,200	127,200
39117	GRUPO 06	25-Abr-2023	39117	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	56,000	56,000
39208	GRUPO 06	25-Abr-2023	39208	4		72.50%	4-DER.SALA	CLF	1	408,000	408,000
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	25-Abr-2023	39305	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	64,600	64,600
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	312,600	625,200
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
	TOR CORT VA TIT 2.5 X 22MM								2	221,169	442,338
	TOR CORT VA TIT 2.5 X 18MM								1	221,169	221,169
	PLACA TIT BLOQ RADIO DISTAL 2 COL DER 6X3								1	2,580,300	2,580,300
	TOR CORT VA TIT 2.5 X 16MM								1	221,169	221,169
	TOR CORT VA TIT 2.5 X 20MM								1	221,169	221,169
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	VICRYL SUTURA # 2								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
0.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 ***na vigencia de: 12 Meses***

Modalidad ELECTRONICA D ***000 AUTORIZA***

Cufe: 3971d2f0f3d0714cbed077c587b2f2a4a3a6ea67cefb8(31fa3643b756

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I IJILLO Nit. 36.556.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.300.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
7 de Septiembre del 2023
20181617

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 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.25	09:42:26	2023.08.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49596

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 156535,156689

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.04.23 - 23:06	2023.04.26 - 10:35

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 4950477 PEREZ CASTRO ALCIDES
EDAD : 46 Años
DIRECCION: VEREDA HATO NUEVO VILLAVIEJA
TELEFONO: 3104457417

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	25-Abr-2023	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	474,600	474,600
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	25-Abr-2023	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	271,400	271,400
39120	GRUPO 09	25-Abr-2023	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	129,800	129,800
39211	GRUPO 09	25-Abr-2023	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	785,000	785,000
39303	GRUPOS 07 08 09	25-Abr-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	25-Abr-2023	39004	4	06	75.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	214,400	214,400
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	25-Abr-2023	39104	4	06	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	127,200	127,200
39117	GRUPO 06	25-Abr-2023	39117	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	56,000	56,000
39208	GRUPO 06	25-Abr-2023	39208	4		72.50%	4-DER.SALA	CLF	1	408,000	408,000
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	25-Abr-2023	39305	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	64,600	64,600
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	312,600	625,200
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
	TOR CORT VA TIT 2.5 X 22MM								2	221,169	442,338
	TOR CORT VA TIT 2.5 X 18MM								1	221,169	221,169
	PLACA TIT BLOQ RADIO DISTAL 2 COL DER 6X3								1	2,580,300	2,580,300
	TOR CORT VA TIT 2.5 X 16MM								1	221,169	221,169
	TOR CORT VA TIT 2.5 X 20MM								1	221,169	221,169
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	VICRYL SUTURA # 2								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
246800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
246800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0

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

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

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

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

Cufe: 3971d9f0f3d0714cbed077c587b2f2a4a3a6ea67dcfb8672b42d026bc945aaa472b9e38fa0920ba5cdc231fa3643b756

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

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

*No Somos Grandes Contribuyentes

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023 07 25	09:42:26	2023.08.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49596

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								7	500	3,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	600	2,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
	MEDICAMENTOS										
19942661	LACTATO RINGER X 500ML								3	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,819	14,457
19996775	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								1	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								11	3,500	38,500
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								5	2,500	12,500
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
218170-0	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								75	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	ROXICAINA JALEA LIDOCAINA CLORHIDRATO 2%								1	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								60	0	0
	IMAGENES DX										
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.04.25	873206		HJC				1	62,800	62,800
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2023.04.25	870001		CLF				5	189,200	946,000
	OTROS										
36515	MASCARA FACIAL, COMO TRATAMIENTO	2023.04.25	248800		LFG				1	0	0
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.04.25	890202		HJC				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.04.25	890202		JHT				1	55,100	55,100

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

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

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

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

Cufe: 3971d210f3d0714cbed077c587b2f2a4a3a6ea67dcfb8672b42d026be945aaa472b9e38fa0920ba5cdc2311fa3643b750

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.25	09:42:26	2023.08.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49596

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

VALOR BRUTO:	8,616,376	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	8,616,376

SON: OCHO MILLONES SEISCIENTOS DIEZ Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.07.25 09:44:40 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 3971d2f0f3d0714cbed077c587b2f2a4a3a6ca67dcfb8672b42d026be945aaa472b9e38fa0920ba5cdc231fa3643b756

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:	49596
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 6,937,576
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,678,800
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG [ ]

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 49596

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

PEREZ — 1er.Apellido o Razon Social

CASTRO — 2do.Apellido

ALCIDES — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] MS[ ] **No. Documento:** 4950477

De: 41872 **Fecha de Nacimiento:** 1976/11/13 **Sexo:** F[ ] M[X]

Direcci¾n: VEREDA HATO NUEVO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3104457417

Municipio: VILLAVIEJA **Cod.** 872

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

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

Naturaleza del Evento:

	Accidente de Transito	X						
Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn	[ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural	[ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate	[ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]		
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados			

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 8 VIA VILLAVIEJA HATO NUEVO

Fecha Evento/Accidente: 2023/04/23 **Hora:** 19:00

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: VILLAVIEJA **Cod.** 872 **Zona:** U[ ] R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EVH88G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

Marca: SUZUKI **Placa:** EVH88G

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

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

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

Poliza SOAT No 8085484300 **Cobro excedente P¾liza** Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2022/08/20 **Hasta:** 2023/08/19

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PEREZ — 1er.Apellido o Razon Social

CASTRO — 2do.Apellido

MAGNOLIA — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE[ ] PA[ ] NIT[ ] TI[ ] RC[ ] **No. Documento** 26601326

Direccion: VEREDA HATO NUEVO

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3104457417 **Total Folios:** 0

40

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 155

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er.Apellido	2do.Apellido
PEREZ	CASTRO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ALCIDES	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 4950477

Direcci¾n: VEREDA HATO NUEVO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3104457417

Municipio: VILLAVIEJA **Cod.** 872

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/04/23 a las 21:44

Prestador que remite: ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO **C¾digo de inscripci¾n:** 418720056601

Direccion: CAR 3 N 3 -17 **Telefono:** 8797542 HUILA-VILLA VIEJA

Profesional que Remite: MIGUEL ANGEL DURAN LOPEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/04/23 a las 21:59

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

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

Profesional que recibe: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/04/23 **a las** 23:06 **Fecha de Egreso:** 2023/04/26 **a las** 10:35

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ALICIA	MARIA
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
DEL	PILAR ROA SER

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1075269209

N·mero de Registro de MÚdico 1075269209

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	8616376	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

39

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

EPICRISIS No. 57041

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

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.04.23	HORA DE INGRESO: 23:06
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA	FECHA DE EGRESO: 2023.04.26	HORA DE EGRESO: 10:35
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO
CONFIRMADO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.04.23-23:27:50 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EVH88G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 23+06
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL - VILLAVIEJA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY CUANDO SE MOVILIZABA EN VEHICULO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON DICLOFENACO Y DIPIRONA, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 TALLA: 190 PESO: 81 IMC: 22 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>

35

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: INGRESA CON FERULA DE YESO EN MAL ESTADO EN MIEMBRO SUPRIOR DERECHO POR LO QUE SE RETIRA, SE ENCUENTRA DOLOR EN ANTEBRAZO DERECHO, EDEMA Y DEFORMIDAD EN MUÑECA DERECHA , EDEMA DOLOR EN MANO DERECHA. NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIAVALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

SS/ HEMOGRAMA, PT, PTT, GLUCOSA, BUN Y CREATININA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 3 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

** DE LA EVOLUCION

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.04.24-00:58:52 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: FRACTURA DESPLAZADA Y MULTIFRAGMANETADA DE RADIO DISTAL, FRACTURA DE ESTILOIDES CUBITAL.
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA DESPLAZADA Y MULTIFRAGMANETADA DE RADIO DISTAL, FRACTURA DE ESTILOIDES CUBITAL.
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: FRACTURA DESPLAZADA Y MULTIFRAGMANETADA DE RADIO DISTAL, FRACTURA DE ESTILOIDES CUBITAL.

HEMOGRAMA: LEUCO: 10400 N%: 72 L%: 23 HB: 13 HCTO: 37 PQT: 251000
GLUCOSA: 93
BUN: 12 CR: 1.0
PT: 12.5 PTT: 29.1 INR:0.92
PARACLINICOS DENTRO DE LIMTIES NORMALES

*** FECHA: 23.04.24-01:01:03 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 00:49 / 00:59 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

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

*** FECHA: 23.04.24-01:01:21 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

33

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

EPICRISIS No. 57041

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

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.04.24-06:09:07 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
NOTA MAÑANA

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

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD, CON DX ANOTADOS:

QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO ESTAR MEJOR, CON DOLOR CONTROLADO, NO FIEBRE, NO OTRO SINTOMA
AL EXAMEN FISICO PRESENTA COMO HALLAZGO POSITIVO INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE CONSIDERA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO INSTAURADO INTRAHOSPITALARIO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

*** FECHA: 23.04.24-07:36:56 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PUÑO DERECHO ,
AL EXAMEN FISICO: PUÑO DERECHO EDEMA DEFORMIDAD Y DOLOR . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS
DX: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS
PLAN: SE HOPSITALIZA PARA CIRUGIA

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DERECHOS
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS PARA RADIO DISTAL BLOQUEADAS
DIA MARTES 25-04-2023
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

*** FECHA: 23.04.24-08:14:08 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

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

32

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

EPICRISIS No. 57041

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

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE RELIZA MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:
1 - FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS.

SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 82 FR 18 T 36.7 SATO2: 98%

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN HOSPITALIZA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICOS. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR IV A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DEJAR CON LEV.
TRASLADO A HOSPITALIZACCION.

*** FECHA: 23.04.24-08:15:15 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: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.24-08:15:06 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.04.24-09:44:57 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PACIENTE PROCEDENTE DE URGENCIAS

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL E HIDRATADO.

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL - VILLAVIEJA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE 23.004.2023 CON POSTERIOR FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS VALORADO POR NUESTRO SERVICIO DE ORTOPEDIA QUIEN ANTE LA

31

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

EPICRISIS No. 57041

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

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

COMPLEJIDAD DE LA LESION DECIDE HOSPITALIZA PARA MEDIADAS ANTI EDEMA Y ANALGESICO ADEMAS DE PROGRAMACION PARA TRATIAMIENTO QUIRURGICO CON FECHA TENTATIVA , PARA 25.04.2023.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

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

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO + VENDAJE ELASTICO + CABESTRILLO, CON BUENA PERFUSION DISTAL Y LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS. <<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL

** CONDUCTA:

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

ANALISIS ;
PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL - VILLAVIEJA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE 23.004.2023 CON POSTERIOR FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS VALORADO POR NUESTRO SERVICIO DE ORTOPEDIA QUIEN ANTE LA COMPLEJIDAD DE LA LESION DECIDE HOSPITALIZA PARA MEDIADAS ANTI EDEMA Y ANALGESICO ADEMAS DE PROGRAMACION PARA TRATIAMIENTO

30

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

EPICRISIS No. 57041

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

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

QUIRURGICO CON FECHA TENTATIVA , PARA 25.04.2023, EN EL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON INMOVILIZACION EN ADECUADO POSICIONAMIENTO , ADECUADA MODULACION CON MEDICAMENTOS IV EN QUIEN SE CONSIDERA CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO SEGUN EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR IV A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.04.24-18:02:55 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA TARDE

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

PACIENTE CON DX ANOTADOS, QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO AFEBRIL CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO + CABESTRILLO, CON BUENA PERFUSION DISTAL Y LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.04.24-20:45:39 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:

1. FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO DISTAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

PACIENTE SIN ACOMPAÑANTE, REFIERE QUE PASÓ BUENA TARDE, MANIFIESTA QUE PRESENTÓ DOLOR LEVE EN ÁREA AFECTADA, NIEGA FIEBRE, NIEGA EMESIS, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS. REFIERE DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES.

29

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

EPICRISIS No. 57041

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

EXAMEN FÍSICO:
PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, COLABORADORA.
FC: 74 x MIN. FR: 16 x MIN. TA: 112/70 mmHg. T: 36°C. SATO2: 99%

C/C: NORMOCÉFALO. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MOVIMIENTOS CERVICALES CONSERVADOS.

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESONANTES, SIN SOBREAGREGADOS, MV CONSERVADO EN ACP, EXPANSIÓN TORÁCICA NORMAL.

ABD: RSIS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.

EXT: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON FÉRULA BRAQUIPALMAR DERECHA EN BUENA POSICIÓN, SIN SANGRADO, SIN SECRECIONES, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.

SNC: ALERTA, PINRAL, ORIENTADA, LENGUAJE CLARO, COHERENTE, FLUIDO.

ANÁLISIS:

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, PTE ACTUALMENTE ESTABLE, HIDRATADO, TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, BIEN PERFUNDIDO, SE ENCUENTRA BAJO CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO Y ANALGESICO ENDOVENOSO CON BUENA TOLERANCIA Y RESPUESTA AL TTO, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE ALARMA, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO, PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA. PENDIENTE: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EL DIA MAÑANA. CONTINÚA IGUAL MANEJO, VOM.

***** FECHA: 23.04.25-00:25:36 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS CONOCIDOS, USUARIO QUE REFIERE MODULACIÓN DEL DOLOR, NIEGA EMESIS, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA FIEBRE, REFIERE DIURESIS PRESENTE.

PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE, PTE SIN ASPECTO TÓXICO, VON BUENA PERFUSION, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE SU ESTADO ACTUAL Y TTO INSTAURADO EL ENTIENDE Y ACEPTA. CONTINÚA IGUAL MANEJO.

***** FECHA: 23.04.25-05:48:09 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:

1. FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO DISTAL DERECHO

18

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

PACIENTE REFIERE QUE PASÓ BUENA NOCHE, MANIFIESTA QUE PRESENTÓ DOLOR LEVE EN ÁREA AFECTADA EL CUAL MODULO ADECUADAMENTE, NIEGA FIEBRE, NIEGA EMESIS, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS. REFIERE DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES.

EXAMEN FÍSICO:
PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, COLABORADORA.
FC: 76 x MIN. FR: 18 x MIN. TA: 112/66 mmHg. T: 36°C. SATO2: 99%

C/C: NORMOCÉFALO. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MOVIMIENTOS CERVICALES CONSERVADOS.

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESONANTES, SIN SOBREAGREGADOS, MV CONSERVADO EN ACP, EXPANSIÓN TORÁCICA NORMAL.

ABD: RSIS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.

EXT: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON FÉRULA BRAQUIPALMAR DERECHA EN BUENA POSICIÓN, SIN SANGRADO, SIN SECRECIONES, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.

SNC: ALERTA, PINRAL, ORIENTADA, LENGUAJE CLARO, COHERENTE, FLUIDO.

ANÁLISIS:

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, PASÓ BUENA NOCHE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL TURNO, PTE ACTUALMENTE ESTABLE, HIDRATADO, TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, BIEN PERFUNDIDO, SE ENCUENTRA BAJO CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO Y ANALGESICO ENDOVENOSO CON BUENA TOLERANCIA Y RESPUESTA AL TTO, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE ALARMA, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO, PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EL DIA HOY POR PARTE DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA. PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA. CONTINÚA IGUAL MANEJO, VOM.

PENDIENTE: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EL DIA MAÑANA. CONTINÚA IGUAL MANEJO, VOM.

PLAN
HOSPITALIZACIÓN CON USO PERMANENTE DE TAPABOCAS.
DIETA NORMAL HASTA LAS 6 AM, LUEGO NADA VÍA ORAL..
CABECERA A 30°
CLORURO DE SODIO 0.9% PASAR A 40 CC HORA.
DICLOFENAC 75 MG IV CADA 8 HORAS, LENTO Y DILUIDO.
MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS.
LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA OMS.

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PENDIENTE: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EL DIA HOY POR PARTE DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 3 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.04.25-07:29:24 MEDICO: / (DR(A): JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)***

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.04.25-07:30:26 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)***

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.04.25-09:09:42 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:

1. FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO DISTAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

SUBJETIVO

EL PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS, CON DIURESIS POSITIVA EXPONTANEA SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS DEPOSICIONES POSTIVAS SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS REFERIDOS POR EL PACIENTE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ADICIONAL

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE FC: 76 x MIN. FR: 18 x MIN. TA: 112/66 mmHg. T: 36°C. SATO2: 99%
CABEZA //normocefalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.

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

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

ABDOMEN // sin evidencia de trauma externo. No distendido, Peristaltismo presente y normal. no dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa o megalias

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

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

DORSO Y EXTREMIDADES /// Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. Extremidades SE EVIDENCIA FÉRULA BRAQUIPALMAR DERECHA EN BUENA POSICIÓN, SIN SANGRADO, SIN SECRECIONES, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

PIEL Y FANELAS /// Sin lesiones.

ANÁLISIS:

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, EN PLAN DE TRATAMIENTO QUIRURGICO EL DIA DE HOY, DADO LO ANTERIOR SE ACLARAN DUDAS SE EXPLICA CLARAMENTE RIESGOS , BENEFICIOSO COMPLICACIONES Y PRONOSTICO DE LA INTERVENCION QUIRURGICA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTEDER Y ACEPTAR DADO LO ANTERIOR SE CONSIDERA CONTINUAR CON EL MANEJO MEDICO ESTABLECIDO SEGUN DISPONIBILIDAD DE SALAS DE CIRUGIA SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REIFERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
NVO
PASAR A SALA DE CX SEGUN DISPONIBILIDAD DE QUIROFANO
CONTINUAR CON TRATAMIENTO MEDICO ESTABLECIDO

*** FECHA: 23.04.25-14:18:26 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

25

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO MAS REDUCCION CERRADA DE CUBITO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/78 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO BUENA PERFUSIUON DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS.

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.25-14:18:24 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.04.25-14:18:39 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO MAS REDUCCION CERRADA DE CUBITO DERECHO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

24

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/78 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO BUENA PERFUSIUON DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 23.04.25-19:04:03 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JHOAN ALBEIRO BAZAN
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 18:05 / 19:05 DURACION: 01:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

No. DESCRIPCION: 15315
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION: ANTERIOR EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO.

HALLAZGOS: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
1. PAUSA DE SEGURIDAD
2. ANESTESIA GENERAL

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

3. ASEPSIA Y ANTISEPSIA
4. COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
5. IDENTIFICACIO DE HALLAZGOS
6. SE REALIZA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL CON UNA PLACA DE ANGULO VARIABLE DE 3H + 5 TORNILLOS DE CORTICAL. (CASA COMERCIAL ACOFOR).
7. SE VERICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
8. LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9%
9. CIERRE POR PLANOS DE LA HERIDA CON VICRYL Y PROLENE
10. SE REALIZA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO.
10. SE DEJA GASAS CON ISODINE SOLUCION EN HERIDA Y SE CUBRE CON VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO.
11. SIN COMPLICACIONES.
12. SANGRADO ESCASO.
13. ARCO EN C 5 DISPAROS.

*** FECHA: 23.04.25-19:05:26 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA AP/LATERAL

*** FECHA: 23.04.25-19:06:25 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE CONTROL POP INMEDIATO MUÑECA DERECHA FRACTURA REDUCIDA Y EN BUENA POSICION

** ANALISIS PLAN:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES
PLAN
HOSPITALIZAR

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

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalizaci¢n SERVICIO: CIRUGIA ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.25-19:06:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.04.25-20:56:37 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:
1. FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO DISTAL DERECHO

PROCEDIMIENTO QUIRUGICOS REALIZADOS :
1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL, REDUCCION CERRRADA DE FRACTURA DE CUBITO. 25/04/2023

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

SUBJETIVO: REFIERE ESTAR BIEN, TOLERA VIA ORAL, HASTA EL MOMETNO SIN DOLOR POSOPERATORIO.

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE FC: 70 X MIN. FR: 20 X MIN. TA: 115/70 MMHG. T: 36.0°C. SATO2: 99%
CABEZA //NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS HÚMEDAS, ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS. PUPILAS SIMÉTRICAS FOTO-REACTIVAS A LUZ.
CUELLO// MÓVIL SIN MASA, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO DOLOR A PALPACIÓN NI A MOVILIZACIÓN
TORAX /// SIN SIGNOS DE DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DEFORMIDAD, NO DOLOR A PALPACIÓN. CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS. PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE, EN CAMPOS PULMONARES. NO RUIDOS SOBRE-AGREGADOS.
ABDOMEN // NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE Y NORMAL. NO DOLOR A PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO SE PALPAN MASA O MEGALIAS
DORSO Y EXTREMIDADES /// DORSO SIN SIGNOS DE TRAUMA NO DOLOR A LA PALPACIÓN EN COLUMNA. EXTREMIDADES SE EVIDENCIA VENDA EN MANO Y MUÑECA DERECHA, SIN SANGRADO, SIN SECRECIONES, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// ALERTA ORIENTADO. EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA. NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

ANÁLISIS: PACIENTE EN POP INMEDIATO, INTERVENCION SIN COMPLICACIONES, CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE CONTINUA MANEJO MEDICO PROPUESTO POR ORTOPEDIA. SE EXPLICA A PACIENTE,REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DOS GR EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

21

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

*** FECHA: 23.04.26-00:06:13 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD, CON DX ANOTADOS:

QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO ESTAR BIEN DOLOR CONTROLADO, NO FIEBRE, NO OTRO SINTOMA.
AL EXAMEN FISICO PRESENTA VENDAJE DE JONES EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO A NIVEL DE MUÑECA, SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE CONSIDERA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO INSTAURADO INTRAHOSPITALARIO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DOS GR EV CADA 8 HORAS

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC EV HORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.04.26-06:07:55 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:
1. FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO DISTAL DERECHO

PROCEDIMIENTO QUIRUGICOS REALIZADOS :
1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL, REDUCCION CERRRADA DE FRACTURA DE CUBITO. 25/04/2023

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

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

EPICRISIS No. 57041

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE FC: 51 X MIN. FR: 20 X MIN. TA: 130/79 MMHG. T: 37.0°C. SATO2: 99%
CABEZA //NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS HÚMEDAS, ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS. PUPILAS SIMÉTRICAS FOTO-REACTIVAS A LUZ.
CUELLO// MÓVIL SIN MASA, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO DOLOR A PALPACIÓN NI A MOVILIZACIÓN
TORAX /// SIN SIGNOS DE DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DEFORMIDAD, NO DOLOR A PALPACIÓN. CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS. PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE, EN CAMPOS PULMONARES. NO RUIDOS SOBRE-AGREGADOS.
ABDOMEN // NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE Y NORMAL. NO DOLOR A PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO SE PALPAN MASA O MEGALIAS
DORSO Y EXTREMIDADES /// DORSO SIN SIGNOS DE TRAUMA NO DOLOR A LA PALPACIÓN EN COLUMNA. EXTREMIDADES SE EVIDENCIA VENDAJE DE JONES EN MANO Y MUÑECA DERECHA, SIN SANGRADO, SIN SECRECIONES, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// ALERTA ORIENTADO. EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA. NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE CONTINUA MANEJO MEDICO.

PLAN: MANTENER MANEJO MEDICO.

***** FECHA: 23.04.26-10:33:06 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

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

PACIENTE ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACIÓN CON DX:
1. FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO DISTAL DERECHO

PROCEDIMIENTO QUIRUGICOS REALIZADOS :
1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL, REDUCCION CERRRADA DE FRACTURA DE CUBITO. 25/04/2023

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:
1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

S/ REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERA VIA ORAL, DOLOR CONTROLADO NO FIEBRE, NO OTRO SINTOMA.

OBJETIVO

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE FC: 84 X MIN. FR: 21 X MIN. TA: 111/77 MMHG. T: 36.2°C. SATO2: 97%

CABEZA //NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS HÚMEDAS, ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS. PUPILAS SIMÉTRICAS FOTO-REACTIVAS A

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

EPICRISIS No. 57041

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

LUZ.

CUELLO// MÓVIL SIN MASA, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO DOLOR A PALPACIÓN NI A MOVILIZACIÓN

TORAX /// SIN SIGNOS DE DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DEFORMIDAD, NO DOLOR A PALPACIÓN. CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS. PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE, EN CAMPOS PULMONARES. NO RUIDOS SOBRE-AGREGADOS.

ABDOMEN // NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE Y NORMAL. NO DOLOR A PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO SE PALPAN MASA O MEGALIAS

DORSO Y EXTREMIDADES /// DORSO SIN SIGNOS DE TRAUMA NO DOLOR A LA PALPACIÓN EN COLUMNA. EXTREMIDADES SE EVIDENCIA VENDAJE DE JONES EN MANO Y MUÑECA DERECHA, SIN SANGRADO, SIN SECRECIONES, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// ALERTA ORIENTADO. EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA. NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

ANALISIS:
PACIENTE EN POP MEDIATO DESCRITO, CON ADECUADA EVOLUCION, CON MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO IV, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE DECIDE DAR SALIDA, CON FORMULA MEDICA EXTERNA, CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA, SE EXPLICAN SIGNOS CLAROS DE ALARMA E INDICACIONES DE RECONSULTA.

PLAN:
- SALIDA
- MEDICAMENTOS
- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS
- INCAPACIDAD
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMATENER MANEJO MEDICO.

** CONDUCTA:

** ORDENES MEDICAS:

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

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR

18

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

EPICRISIS No. 57041

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

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
ETOX TAB 60 MG (ETORICOXIB) TOMAR 1 TAB CADA DIA HORAS POR 10 DIAS ---------- N 10 SI DOLOR INTENSO
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.04.26-10:35:37 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS E HISTORIA ANOTADA, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, YA CUENTA CON ORDEN DE EGRESO POR PARTE DE ESPECIALIDAD, SE DECIDE DAR EGRESO DE LA INSTITUCION, CON ORDENES MEDICAS, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA CONDUCTA CLARAMENTE AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.26-10:35:08 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.04.23 FIN: 2023.05.22

17

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

EPICRISIS No. 57041

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ CASTRO ALCIDES

DOC.IDENT:	CC 4950477	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATO NUEVO		
FCHA.NACTO:	1976.11.13	EDAD:	46 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3104457417
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO TIPO GRADO

CONFIRMADO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

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@. JUAN DAVID PALOMINO LUNA
REG. MED: 1075308140

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15315

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -158689 Fecha 25/04/23

Nombre Paciente: PEREZ CASTRO ALCIDES 4950477 Edad: 46 Sexo: M

Hora inicio 18:05 Hora fin: 19:05 Duraci¾n: 01:00 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S526-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO	1. S526-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	HJC	1 - 1i Interv 100%
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION: ANTERIOR EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO.

HALLAZGOS: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

1. PAUSA DE SEGURIDAD
2. ANESTESIA GENERAL
3. ASEPSIA Y ANTISEPSIA
4. COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
5. IDENTIFICACIO DE HALLAZGOS
6. SE REALIZA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL CON UNA PLACA DE ANGULO VARIABLE DE 3H + 5 TORNILLOS DE CORTICAL. (CASA COMERCIAL ACOFOR).
7. SE VERICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
8. LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9%
9. CIERRE POR PLANOS DE LA HERIDA CON VICRYL Y PROLENE
10. SE REALIZA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO.
10. SE DEJA GASAS CON ISODINE SOLUCION EN HERIDA Y SE CUBRE CON VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO.
11. SIN COMPLICACIONES.
12. SANGRADO ESCASO.
13. ARCO EN C 5 DISPAROS.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

RX DE MUÑECA DERECHA.

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN MUÑECA DERECHA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. Hector Cuervo Ramirez
Ortopedia y Traumatologia
RM 27158

15

CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4950477

ADMISION N_: 158689

NOMBRE: PEREZ CASTRO ALCIDES **Num. Id-:** CC 4950477
FECHA NACIMIENTO: 1976.11.13 **EDAD:** 46 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.04.25 **HORA DE INGRESO:** 14:18:26 **Fecha/Hora de registro:** 2023.04.25 14:18
DIRECCION: VEREDA HATO NUEVO **CIUDAD:** VILLAVIEJA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3104457417
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** DIONELA PEREZ
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.04.25

<< REGISTRO: 14:18:26 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** REPETIDO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO MAS REDUCCION CERRADA DE CUBITO DERECHO

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<2023.04.23-23:27:50>>, (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL) H.U. 158519
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: APENDICECTOMIA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2023.04.24-09:44:57>>, (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 158535
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: APENDICECTOMIA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/78 **FC:** 80 **FR:** 18 **Tmp:** 36.2 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO BUENA PERFUSIUON DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

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

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4950477

ADMISION N_: 158689

NOMBRE: PEREZ CASTRO ALCIDES **Num. Id-:** CC 4950477

FECHA NACIMIENTO: 1976.11.13 **EDAD:** 46 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.04.25 **HORA DE INGRESO:** 14:18:26 **Fecha/Hora de registro:** 2023.04.25 14:18

DIRECCION: VEREDA HATO NUEVO **CIUDAD:** VILLAVIEJA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3104457417

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** DIONELA PEREZ

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

ANALISIS/PLAN

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.25-14:18:24 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS.

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

FECHA DE EGRESO: 2023.04.25 **HORA DE EGRESO:** 14:18:24 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. HECTOR CUERVO RAMIREZ Ortopedia y Traumatología RM 2715

Dr. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
Registro Medico: 244

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE Alcider Perez Castro EDAD 46A SEXO: F ☐ M ☒

IDENTIFICACION: C.C. ☒ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 4950477 DE

FECHA DE ATENCION: 25-04-23

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA

CIRUGIA A REALIZAR: Reduccion abierta + osteosintesis de cubito Derecho

ANTECEDENTES: QX: ☐ PX: ☐ T-A: ☐ TX: ☐ AN: ☐

ESPECIFIQUE Negados

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hcto. PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA PdeO EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: ☐ 131/56 Fc ☐ 86 Fr ☐ 17 PESO ☐ KG TALLA ☐ CM

SENSORIO Normal COMPLEXION Mediana PROTESIS NO LENTES NO

APERTURA ORAL >4 DISTANCIA MENTOGLOTICA >7 MALLAMPAT II

NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
CABEZA/CUELLO:	—		
TORAX: RsCS	—		
RsRS	—		
ABDOMEN:	—		
PELVIS:	—		
GENITALES:	—		Fractura de yugo en cabeza cubital Der / Fractura diafisiaria de cubito Der
EXTREMIDADES:		—	
NEUROLOGICO:	—		

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: II CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. Bajo INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES:

OTROS LABORATORIOS:

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO PACIENTE

R.M. C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Perez	Pacho	Alcides	4950477

FECHA	EDAD	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
25 04 23	48A	H ☒ M ☐		62	1 2 3 4 5 U
Día Mes Año Hora	Años Meses Días				

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
C6			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT.	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fractura distal de radio izq

OPERACION PROPUESTA: Osteosintesis de radio izq

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

PyD

Qx

MTL

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO / IOT SI NO — VIA AERea — DIENTES NO — CUELLO NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Hto (25) - Leucos 7.200

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
✓	GENERAL
	NECESITA SANGRE: NO C.C.

RESUMEN Y PLAN: Anestesia general balanceada

ESTADO PSICOLOGO: Vigil

PREMEDICACION: NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Dorsal

REPARACION E A C

42	180
40	160
38	140
36	120
34	100
32	80
30	60
28	40
26	20

HORA: 1300

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA: Ninguna

REFLEJOS: Conservados

MOTILIDAD: Conservada

RECUPERACION	OK
CONCIENCIA	OK
DIURESIS	OK
SENSIBILIDAD	OK
PIEL	Normotermica

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

COMENTARIOS

TOTALES: 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9 / 10 11 12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejor

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

I OT No ____ ▽
I NT No ____
E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO ●
RESPIRACION ○
T.A. XX
INDUCCION Ø
INICIACION Y FINALIZACION
NEONATO MASC ♂ FEM. a
PVC XXX
T° ____
TORNIQUETE
E C G
1 AL 5 LIQUIDOS
6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1
2
3
4
5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6.
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

TOTAL C.C.
C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

INVERSIONES ACOFOR S.A.S
830.131.362-4
cra 106 #15a-25 int 141 of 412
(3173312350)
Bogotá - Colombia
contabilidad@acofor.com

ACOFOR

Factura electrónica de venta N°. AF 8332

Cliente: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
Nit: 800.110.181-9
Teléfono: 8756349
Dirección: CL 18 Nro 6 - 65
Ciudad: Neiva - Colombia
Correo: recepcion.fracturas@gmail.com

Fecha y hora Factura

Generación	29/04/2023, 09:20
Expedición	29/04/2023, 09:49
Vencimiento	29/04/2023
Vendedor	INVERSIONES ACOFOR S.A.S INVERSIONES
Centro de costo	8
Cotización	

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto
1	PLACA TIT BLOQ RADIO DISTAL 2 COL DER 6X3	1.00	2,580,300.00	2,580,300.00
2	TOR CORT VA TIT 2.5X16MM	1.00	221,169.00	221,169.00
3	TOR CORT VA TIT 2.5X18MM	1.00	221,169.00	221,169.00
4	TOR CORT VA TIT 2.5X20MM	1.00	221,169.00	221,169.00
5	TOR CORT VA TIT 2.5X22MM	2.00	221,169.00	442,338.00

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit: 830.045.145-8

Total items: 5

Valor en Letras:
Tres millones seiscientos ochenta y seis mil ciento cuarenta y cinco pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-04-29 por $ 3,686,145.00

Total Bruto	3,686,145.00
Total a Pagar	3,686,145.00

Observaciones:
PTE PEREZ CASTRO ALCIDES HC 4950477 CX 25/04/2023 DR CUERVO
ACOFOR RADIO DISTAL

Elaborado por

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764039784640 aprobado en 20221118 prefijo AF desde el número 6484 al 10000 Vigencia: 12 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 4659 Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. Tarifa 11.04
CUFE: 735d355331e06db58d67a045667e07daef3400223deee2948afb476b84cd13e78c115be832134ab5a1f8d62235b4139f

Firma recibido

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,21-Jul-2023 10:32:4

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

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.04.2 13:00

001 0 SOAT OTRO REGIMEN 46 Años **Fecha Egreso :**

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

4950477 PEREZ CASTRO ALCIDES 1 NIVEL I VILLAVIEJA VEREDA HATO NUEVO 3104457417

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.04.25	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LFG	75.00
2023.04.25	ZMD	ROX JALEA	ROXICAINA JALEA LIDOCAINA CLORHIDRATO 2%	LFG	1.00
2023.04.25	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML	LFG	10.00
2023.04.25	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LFG	1.00
2023.04.25	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LFG	60.00
2023.04.25	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LFG	1.00
2023.04.25	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LFG	10.00
2023.04.25	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	LFG	2.00
2023.04.25	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	LFG	2.00
2023.04.25	BAX	LACTATO	LACTATO RINGER X 500ML	LFG	3.00
2023.04.25	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LFG	4.00
2023.04.25	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LFG	3.00
2023.04.25	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LFG	1.00
2023.04.25	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LFG	1.00
2023.04.25	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 2	LFG	1.00
2023.04.25	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LFG	1.00
2023.04.25	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LFG	1.00
2023.04.25	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	LFG	1.00
2023.04.25	SO1	36515	MASCARA FACIAL, COMO TRATAMIENTO	LFG	1.00
2023.04.25	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LFG	300.00
2023.04.25	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LFG	300.00
2023.04.25	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LFG	1.00
2023.04.25	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LFG	2.00
2023.04.25	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LFG	2.00
2023.04.25	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LFG	2.00
2023.04.25	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LFG	2.00
2023.04.25	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LFG	10.00
2023.04.25	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LFG	10.00
2023.04.25	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LFG	2.00
2023.04.25	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	LFG	2.00
2023.04.25	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LFG	2.00
2023.04.25	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LFG	2.00
2023.04.25	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LFG	2.00
2023.04.25	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LFG	2.00

PACIENTE: 4950477 PEREZ CASTRO ALCIDES **EDAD:** 46

DIRECCION: VEREDA HATO NUEVO **TELEFONO:** 3104457417

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-56337 **FECHA SINIESTRO:** 2023.04.22 **Nº POLIZA:** 8085484300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 24 de abril de 2023						
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MAV	
				TOTAL SUMINISTRADO:	3.00	
FECHA DEL CONTROL : martes, 25 de abril de 2023						
00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MAV	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MAV	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	MAV	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MAV	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	MAV	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAV	
				TOTAL SUMINISTRADO:	19.00	
FECHA DEL CONTROL : miércoles, 26 de abril de 2023						
00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MAV	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MAV	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MAV	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MAV	
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MAV	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MAV	
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MAV	
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	LMS	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	LMS	
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
10:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	LMS	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	LMS	
10:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	LMS	
10:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	LMS	
				TOTAL SUMINISTRADO:	25.00	

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.07.24
HORA: 10:28:39
PAGINA No: 1

Numero: 78499 Fecha Ex. 25/04/23 Hora 14:34
Nombre Paciente: 4950477 PEREZ CASTRO ALCIDES
Dirección: VEREDA HATO NUEVO Telefono:3104457417 Edad:46 A Sexo:M
Medico: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño derecho observándose fractura del extremo distal de la radio corregida fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (placa y tornillos).
También se advierte fractura sin desprendimiento de la apófisis estiloides del cubito.
Marcado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño y alos focos de fracturas.

FIRMA _____

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

7

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10009989
Historia Clínica No.
4950477

Fecha de remisión domingo, 23 de abril de 2023 **Institución a la que se contrarremite** 410010056201
Razon Social HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
ALCIDES PEREZ CASTRO	CC: 4950477	13-nov-1976	COLOMBIA	HUILA	VILLAVIEJA	46 Años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
VEREDA HATO NUEVO, HATO NUEVO	3214331180	HUILA	VILLAVIEJA	R

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad LA EQUIDAD SEGUROS **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable:
Dirección de residencia:
Departamento: 00
Documento: CC:
Teléfono:
Ciudad: 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	domingo, 23 de abril de 2023	**Fecha de Egreso:**	domingo, 23 de abril de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	21:44	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Prioritaria

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
"SE FRACTURO EL BRAZO EN LA MOTO"

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA EVH 88G DE MARCA SUSUKI QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO HOY (23/04/2023) A LAS 19+00 HORAS EN EL KILOMETRO 8 DE LA VIA QUE COMUNICA VILLAVIEJA CON LA VEREDA HATO NUEVO. REFIERE SE DIRIGIA A SU CASA A LA VEREDA DE HATO NUEVO POSTERIOR A DEPARTIR E INGERIR LICOR CON UNOS AMIGOS Y AL TRATAR DE EVITAR UN HUECO EN LA CARRETERA ACCIONA EL FRENO DELANTERO HACIENDO DERRAPAR LA MOTO OCASIONANDO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE EN ANTEBRAZO DERECHO CON POSTERIEOR DOLOR DE GRAN INTENSIDAD DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN MUÑECA.

PERSONALES
- Violencia
- Nefropatias
- Diabetes Tipo III
- Diabetes Tipo II
- Infertilidad
- Preeclampsia
- Tuberculosis
- P.A.I. Completo
- Migraña
- Otro tipo de Antecedente
- Menopausia
- Menarquia
- Cardiopatias
- Hipertensión
- Consumo de Alcohol
- Consumo de Drogas

FAMILIARES
- Otros niega
- Tuberculosis niega
- Hipertension niega
- Diabetes niega
- Cardiopatias niega
- Eclampsia niega
- Preeclampsia niega

PATOLOGICOS
- MIGRAÑA, EN EL MOMENTO SIN TRATAMIENTO DESDE HACE 1 AÑO (ULTIMO EPISODIO HACE 4 AÑOS).GASTRITIS AGUDA .

FARMACOLOGICOS
- NO REFIERE

HOSPITALARIOS

6

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10009989
Historia Clínica No.
4950477

- ANTECEDENTES QUIRURGICOS
POR MIGRAÑA
QUIRURGICOS
- APENDICECTOMIA
TRAUMATICOS
- fractura de tibia izq. Cubito y radio izq
OBSTETRICOS
- Abortos expontaneo consecutivo
- Gemelos
- Qx Genito-Urinaria
- Ultima Menstruación
- Número de Cesareas
- Número de Abortos
- Ultimo Previo > 4000 Gr
- Fin Gestación Anterior
- Número de Gestas
- Número de Partos Vaginales
- Anovulatorios orales
- Nacidos Muertos > 1a Sem
- Norplan
- Nacidos Muertos 1a Sem
- Anovulatorios parenterales
- Cuantos Viven
- Nacivos Vivos
- Ultimo Previo < 2500 Gr
- Nacidos Muertos
ALERGICOS
- NO REFIERE
ODONTOLOGICOS
- Placa Blanda SUPRAGINGIVAL
- Patologia Pulpar NO SE EVIDENCIA A LA FECHA
- Placa Calcificada SUPRAGINGIVAL GENERALIZADA
- Concepto FAVORABLE AL TRATAMIENTO
- Abrasion GENERALIZADAS
- Manchas NO PRESENTA
- Diabetes Tipo I NO PRESENTA
- Supernumerarios NO PRESENTA
- Aparatos en Boca NINGUNO
- Usa Seda dental NO LA UTILIZA
- Previa FLUOR y SELLANTES NO APLICA POR LA EDAD
- Tratamiento Recibido LIMPIEZA DE DIENTES
- Ultima Visita HACE TRES AÑOS
- Frecuencia Cepillado 2 VECES AL DIA
- Estado periodontal GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA
OTROS
- NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTO

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: Regulares condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 135 / 65 //Frecuencia Cardiaca: 81 //Temperatura: 36,8 //Frecuencia Respiratoria: 19 //Peso: 95 //Talla: 174 //I.M.C.: 31,3779891663364 -

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

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Principal (S529) FRACTURA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA
- Relacionado1: (V284)MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: CONDUCTOR LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Analisis Dx PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA EVH 88G DE MARCA SUSUKI QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO HOY (23/04/2023) A LAS 19+00 HORAS EN EL KILOMETRO 8 DE LA VIA QUE COMUNICA VILLAVIEJA CON LA VEREDA HATO

5

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10009989
Historia Clínica No.
4950477

NUEVO. REFIERE SE DIRIGIA A SU CASA A LA VEREDA DE HATO NUEVO POSTERIOR A DEPARTIR E INGERIR LICOR CON UNOS AMIGOS Y AL TRATAR DE EVITAR UN HUECO EN LA CARRETERA ACCIONA EL FRENO DELANTERO HACIENDO DERRAPAR LA MOTO OCASIONANDO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE EN ANTEBRAZO DERECHO CON POSTERIEOR DOLOR DE GRAN INTENSIDAD DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN MUÑECA.

A LA VALORACION PACIENTE ALGICO, ALERTA, ORIENTADO CON ALIENTO ALCOHOLICO, ORIENTADO, LEVE AGITACION PSICOMOTORA CON POSTERIOR TENDENCIA A SOMNOLENCIA POR EFECTO DE ALCOHOL, GLASGOW 15/15, SE APRECIA EDEMA Y DEFOMRIDAD EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO EN TENEDOR, CON CREPITACIONES AL TACTO Y MOVILIZACION, LIMITACION PARA LA DORSIFLEXION DE LA MUÑECAPOR LO QUE SE CONSIDERA FRACTURA DISTAL DE RADIO, SE INMOVILZA CON FERULA DE YESO ANTEBRAQUIOPALMAR, SE ADINISTRA ANALGESIA, REQUIERE TOMA DE RADIOIMAGEN ASI COMO VALORACION POR EL SERRVICIO DE ORTOPEDIA POR LO QUE SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD.

NOTA DE INMMOVILIZACION
PACIENTE ES LLEVADO A SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO ANTEBRAQUIOPALMAR PARA INMOVILIZAR ARTICULACION DE LA MUÑECA Y METACARPOFALANGOCAS CUBRIENDO INICIALMENTE EXTREMIDAD CON VENDAJE DE ALGODON LAMINADO 4X5 , SE COLOCA LAMINA DE YESO 12 CAPAS 4X 5, NUEVAMENTE SE CUBRE CON ALGODON Y SE FIJA CON VENDAJE ELASTICO, SIN COMPLICACION.

Diagnóstico por el cual se remite: S529 FRACTURA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA EVH 88G DE MARCA SUSUKI QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO HOY (23/04/2023) A LAS 19+00 HORAS EN EL KILOMETRO 8 DE LA VIA QUE COMUNICA VILLAVIEJA CON LA VEREDA HATO NUEVO. REFIERE SE DIRIGIA A SU CASA A LA VEREDA DE HATO NUEVO POSTERIOR A DEPARTIR E INGERIR LICOR CON UNOS AMIGOS Y AL TRATAR DE EVITAR UN HUECO EN LA CARRETERA ACCIONA EL FRENO DELANTERO HACIENDO DERRAPAR LA MOTO OCASIONANDO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE EN ANTEBRAZO DERECHO CON POSTERIEOR DOLOR DE GRAN INTENSIDAD DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN MUÑECA.

A LA VALORACION PACIENTE ALGICO, ALERTA, ORIENTADO CON ALIENTO ALCOHOLICO, ORIENTADO, LEVE AGITACION PSICOMOTORA CON POSTERIOR TENDENCIA A SOMNOLENCIA POR EFECTO DE ALCOHOL, GLASGOW 15/15, SE APRECIA EDEMA Y DEFOMRIDAD EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO EN TENEDOR, CON CREPITACIONES AL TACTO Y MOVILIZACION, LIMITACION PARA LA DORSIFLEXION DE LA MUÑECAPOR LO QUE SE CONSIDERA FRACTURA DISTAL DE RADIO, SE INMOVILZA CON FERULA DE YESO ANTEBRAQUIOPALMAR, SE ADINISTRA ANALGESIA, REQUIERE TOMA DE RADIOIMAGEN ASI COMO VALORACION POR EL SERRVICIO DE ORTOPEDIA POR LO QUE SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD.

Resultados Exames

MIGUEL ANGEL DURAN LOPEZ
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1075256863

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

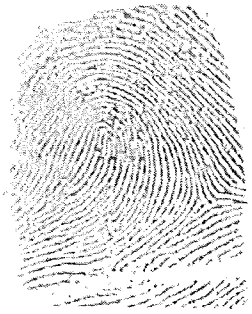
NUMERO 4.950.477

PEREZ CASTRO
APELLIDOS

ALCIDES
NOMBRES

ALIBEZPEREZ
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1976
VILLAVIEJA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-ABR-1995 VILLAVIEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1909100-50146642-M-0004950477-20060411 02370 06100B 02 164983136

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10026972788

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
EVH88G	SUZUKI	VIVA R COOL	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
113	BLANCO	PARTICULAR

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

NUMERO DE MOTOR
E482-233092

REG N

VIN
9FSBE4EW5PC105983

NUMERO DE SERIE
******

REG N

NUMERO DE CHASIS
9FSBE4EW5PC105983

REG N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PEREZ CASTRO MAGNOLIA

IDENTIFICACION
C.C. 26601326

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRADA
******

POTENCIA HP
8

DECLARACIÓN DE IMPORTACION
162022000012930

DE
1

FECHA IMPORT
28/07/2022

PUERTAS
0

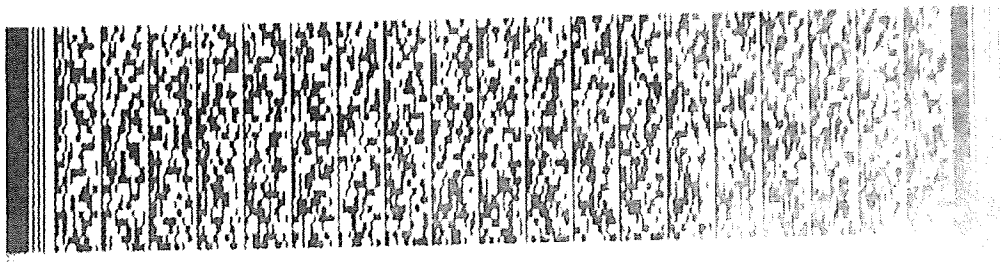
LIMITACION A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRICULA
22/08/2022

FECHA EXP. LIC. TTO
22/08/2022

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRANSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



I TOPDD1916119

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	EVH88G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10026972788	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	SUZUKI	LÍNEA:	VIVA R COOL
MODELO:	2023	COLOR:	BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E482-233092
NÚMERO DE CHASIS:	9FSBE4EW5PC105983	NÚMERO DE VIN:	9FSBE4EW5PC105983
CILINDRAJE:	113	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	22/08/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8085484300	19/08/2022	20/08/2022	19/08/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:30:45 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. FEC149596

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-25 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3971d2f0f3d0714cbed077c587b2f2a4a3a6ea67defb8672b42d026be945aaa472b9e38fa0920ba5cdc231fa3643b756

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
8616376

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-08-24 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
6c3fe3162cec6594f4a88f6c91af77642f7a3a9e2572bad73086f559681993880ce4dee0fd9430e28513dcda1da74047

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-25 09:44:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

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

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC149596

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-25 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3971d2f0f3d0714cbed077c587b2f2a4a3a6ea67defb8672b42d026be945aaa472b9e38fa0920ba5cdc231fa3643b756

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

CUDE:
7756ef4db4c723b3188789d6a829b97c83fcc1d547c29e67c81a26f51eb68dcaff94f34be67bbf995517e92059ea50e6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-25 02:48:40.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
5c25551d1d14abff22751f6d74d745901997ca0548f3877bb0f17f84f5261ebe81da2efa92263a1aa43de247c8d42568

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-31 01:24:34.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:30:45 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. FEC149596

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-25 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3971d2f0f3d0714cbed077c587b2f2a4a3a6ea67defb8672b42d026be945aaa472b9e38fa0920ba5cdc231fa3643b756

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
2d21dc2108126dfc89b090d9b3cf3c6971f01d7a9732e864d3c5f5bfaa7c51a168e8a08d7a32296f24754d4ca6858d99

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-31 01:24:41.000 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

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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.01	11:01:12	2023.08.31

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49991

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

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 160107

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.05.21 - 03:30	2023.05.21 - 09:37

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1083838250 LOPEZ LOZADA ELKIN EDAD : 18 Años

DIRECCION: VEREDA ESTOLACAL HOBO TELEFONO: 3108292215

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	21-May-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RPP	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	21-May-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	21-May-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	21-May-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	21-May-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	21-May-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	21-May-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	21-May-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	21-May-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	21-May-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	21-May-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								200	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								200	0	0
218170-0	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								1	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.05.21	890202				RPP		1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.05.21	890202				JHT		1	55,100	55,100

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA I
0000 AUTORIZA

Cufe: 7b61e09fe84c0cbb65ba93caad32de5f3318718a9071b 13ac4c8064489

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia JJILL [illegible]451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta [illegible]A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 6

equidad seguros

Recibido!
7 de Septiembre del 2023
20181672

22

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.01	11:01:12	2023.08.31

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49991

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO

NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 160107

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.05.21 - 03:30	2023.05.21 - 09:37

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1083838250 LOPEZ LOZADA ELKIN EDAD : 18 Años

DIRECCION: VEREDA ESTOLACAL HOBO TELEFONO: 3108292215

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	21-May-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RPP	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	21-May-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	21-May-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	21-May-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	21-May-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	21-May-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	21-May-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	21-May-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	21-May-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	21-May-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	21-May-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908605	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								200	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								200	0	0
218170-0	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								1	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.05.21	890202				RPP		1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.05.21	890202				JHT		1	55,100	55,100

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

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

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

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

Cufe: 7b61e09fe84c0cbb65ba93caad32de5f3318718a9071b757592461b42659b22e8558806e1a3a9bebebc13ac4c8064489

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

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

22

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.01	11:01:12	2023.08.31

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49991

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

VALOR BRUTO:	2,655,200	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,655,200

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.01 11:03:27 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 7b62e091e84c0cbb65ba93caad32de5f3318718a9071b757592461b42659b22e8558808e1a3a9bebebc13ac4c8064489

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

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

21

FACTURA:	49991
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,960,800
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 694,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

GNT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG [ ]

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 49991

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 **Nit:** 8001101819

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

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
LOPEZ	LOZADA

1er.Nombre	2do.Nombre
ELKIN	

Tipo de Documento: CC CE PA TI[X] RC AS MS **No. Documento:** 1083838250

De: 41349 **Fecha de Nacimiento:** 2005/02/2 **Sexo:** F[ ] M[X]

Direcci¾n: VEREDA ESTOLACAL

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3108292215

Municipio: HOBO **Cod.** 349

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

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

Naturaleza del Evento:

	Accidente de Transito	[X]					
Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: CALLE 5 CON CARRERA 9 BARRIO SAN PEDRO HOBO

Fecha Evento/Accidente: 2023/05/20 **Hora:** 23:30

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: HOBO **Cod.** 349 **Zona:** U[X] R[ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE,EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KXB45F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

Marca: AKT **Placa:** KXB45F

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

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

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

Poliza SOAT No 8089081300 Cobro excedente P¾liza Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2022/10/11 **Hasta:** 2023/10/10

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
MANRIQUE	AMAYA

1er.Nombre	2do.Nombre
OCTAVIO	

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC **No. Documento** 1075275598

Direccion: CALLE 5E N 5 04

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3204293139 **Total Folios:** 0

24

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CHALA	ORTIZ

1er.Nombre	2do.Nombre
YAN	CARLOS

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] **No. Documento** 1004416047

Direcci¾n: CALLE 5E N 5 04

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3174964546

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/05/20 a las 00:38

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL **C¾digo de inscripci¾n:** 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 **Telefono:** 8384053 HUILA-HOBO

Profesional que Remite: MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/05/20 a las 00:53

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

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

Profesional que recibe: HEIDER JOSE ROMERO CASARES **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U[ ] R[ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/05/21 **a las** 03:30 **Fecha de Egreso:** 2023/05/21 **a las** 09:37

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

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

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

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

N·mero de Registro de MÚdico 1047454473

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2655200	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.05.21	HORA DE INGRESO: 03:30
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA	FECHA DE EGRESO: 2023.05.21	HORA DE EGRESO: 09:37

ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO:	S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
CONFIRMADO:	S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1:	T019 - HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.05.21-03:43:33 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KXB45F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 03:35AM
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE HOBO, DONDE PERSONAL DE ATENCION HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, Y HERIDA MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.
NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
SIN ALTERACIONES

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 80 FR: 18 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, SE EVIDENCIA HERIDA EN REGION FRONTAL CON BORDES NECROTICOS, MACERADOS DE APROX 4CM CON PUNTOS DE SEDA DE AFRONTAMINENTO, CON MAREO Y CEFALEA 6/10
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO NO ADENOPATIAS.
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>

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

EPICRISIS No. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA NI LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES EUTROFICA NO DOLOR NO EDEMAS, PULSOS PRESENTE CON SENSIBILIDAD CONSERVADA
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDA EN REGION SUPRACILIAR DERECHA CON BORDES NECROTICOS, MACERADOS DE APROX 2CM CON PUNTOS DE SEDA DE AFRONTAMINENTO, ASOCIADO A ABRAIONES CON TATUAJE TRAUMATICO PERILESIONAL
<<FANERAS>>
SIN LESIONES

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

S/ HEMOGRAMA - TP -TPT - INR
TAC CEREBRAL SIMPLE

** PLAN DE MANEJO:

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- NVO
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA - NEUROCIRUGIA
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: A 40CCH, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VI C AD A8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2G VI CAD A8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.05.21-04:06:31 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
SE ABRE FOLIO PARA LECTURA DE IMAGEN
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE: NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA

*** FECHA: 23.05.21-04:37:05 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
SE ABRE FOLIO PARA LECTURA DE ESTUDISO
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: HB 15 HTO 45 LEU 9.6 NEU 79 PLAQ 244.000
TP 16 INR 1.0 TPTP 38

ESTUDIOS DENTRO DE NORMALIDAD

*** FECHA: 23.05.21-04:39:19 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: 03:43 / 03:46 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 HERIDA SUTURADA EN CEJA 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,SE DEJA HERIDA CUBIERTA CON GASA+ MICROPORE SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 23.05.21-08:12:11 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 12 HORAS, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) ,

13

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

EPICRISIS No. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE REMITE A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ESCORIACIONES EN CARA Y EXTREMIDADES
GLASGOW 15
TAC CEREBRAL: NORMAL
IDX: TRAUMA DE CRANEO
CONMOCION CEREBRAL
ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ALTERACION RADIOLOGICA, NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO
PLAN: OBSERVACION POR 24 HORAS
ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

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

RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA TEC:
RECOMENDACIONES:
1. GUARDAR REPOSO
2. NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS
3. NO TRASNOCHAR
4. NO ASOLEARSE

SIGNOS DE ALARMA
CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA:
1. DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
2. VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS.
3. TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE.
4. DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).
5. PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN.
6. DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
7. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO PROGRESIVO (INESTABILIDAD, MAREO...).
8. VISIÓN DOBLE O BORROSA.
9. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD.
10. CONVULSIONES.
11. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ

*** FECHA: 23.05.21-08:12:23 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***

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

EPICRISIS No. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

** EVOLUCION:
NOTA CORRECTIVA

PACIENTE CON CUADRO DESCRITO QUIEN EN EL MOMENTO NO REQUIERE INTERVENCION ADICIONAL POR NEUROCIRUGIA SE DECIDE DAR ALTA HOSPITALARIA POR NUESTRO SERVICIO. PUEDE SER EGRESADO DESPUES DE INTERVNCION POR CIRUGIA PLASTICA.

***** FECHA: 23.05.21-08:13:55 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, YA VALORADO POR ESPECIALIDADES, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.21-08:13:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.05.21-08:45:03 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/76 FC: 86 FR: 17 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
SE EVIDENCIA HERIDA SUPRACILIAR DERECHA DE 2 CMTS , ASOCIADO A ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO ALREDEDOR Y OTRAS A NIVEL DE DORSO DE 2DO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA DE 1 CM.

16

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

EPICRISIS No. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 8:15
PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

** ANALISIS PLAN:
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.21-08:44:49 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.05.21-08:46:00 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/76 FC: 86 FR: 17 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
SE EVIDENCIA HERIDA SUPRACILIAR DERECHA DE 2 CMTS , ASOCIADO A ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO ALREDEDOR Y OTRAS A NIVEL DE DORSO DE 2DO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA DE 1 CM.

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 8:16
PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA

** ANALISIS PLAN:
PASAR A SALAS DE CIRUGIA.

***** FECHA: 23.05.21-09:30:18 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

18

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

EPICRISIS No. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RAMIRO PERDOMO POLANCO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 09:05 / 09:20 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO

No. DESCRIPCION: 15508
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL ASISTIDA TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01
EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
SE EVIDENCIA HERIDA SUPRACILIAR DERECHA DE +-2 CMTS, ASOCIADO A ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO ALREDEDOR Y OTRAS ABRASIONES A NIVEL DE DORSO DE 2DO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLO
- ASEPSIIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA MENCIONADA EN CARA CON PUNTOS SEPARADOS
- POR VIA 2, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS
- POR VIA 3, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.05.21-09:37:31 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION POSTOPERATORIA POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA, CITA DE CONTOL POR

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

EPICRISIS No. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

LA CONSULTA EXTERNA, RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** ANALISIS PLAN:
SALIDA

** MEDICAMENTOS:
ACETAMINOFEN TAB X 500 MG, TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 28, TOMAR POR 7 DIAS Y SUSPENDER

** OTROS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- SI TIENE ABRASIONES, REALICE CURACIONES CON ISODINE SOLUCION O MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, ETC). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS

** ORDENES MEDICAS:
CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR RAMIRO PERDOMO, SOLICITAR CON ANTELACION.

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CX PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.21-09:37:13 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. 57540

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

PACIENTE: LOPEZ LOZADA ELKIN

DOC.IDENT:	TI 1083838250	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL		
FCHA.NACTO:	2005.02.02	EDAD:	18 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3108292215
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO 1: T019 - HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

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

Ramiro E. Perdomo
M.D. Cirujano Plastico
R.M. 14038-89 U. Nacional
C.C. 12.118.857

DR@. RAMIRO PERDOMO POLANCO
REG. MED: 1403889

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15508

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -160107 Fecha 21/05/23

Nombre Paciente: LOPEZ LOZADA ELKIN 1083838250 Edad: 18 Sexo: M

Hora inicio 09:05 Hora fin: 09:20 Duraci¾n: 00:15 Tipo de Anestesia: LOCAL ASISTIDA

Cirujano: RPP- RAMIRO PERDOMO POLANCO Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T019-HERIDA EN REGION FRONTAL	2. T019-HERIDA EN REGION FRONTAL

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	RPP	1 - 1i Interv 100%
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	RPP	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	RPP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:

SE EVIDENCIA HERIDA SUPRACILIAR DERECHA DE +-2 CMTS, ASOCIADO A ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO ALREDEDOR Y OTRAS ABRASIONES A NIVEL DE DORSO DE 2DO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLO
- ASEPSIIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA MENCIONADA EN CARA CON PUNTOS SEPARADOS
- POR VIA 2, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS
- POR VIA 3, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Ramiro E. Perdomo
M.D. Cirujano Plastico
R.M. 14035-89 U. Nacional
C.C. 12.118.857

CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083838250

ADMISION N_: 160107

NOMBRE: LOPEZ LOZADA ELKIN **Num. Id-:** TI 1083838250
FECHA NACIMIENTO: 2005.02.02 **EDAD:** 18 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.05.21 **HORA DE INGRESO:** 08:45:03 **Fecha/Hora de registro:** 2023.05.21 08:45
DIRECCION: VEREDA ESTOLACAL **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3108292215
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** DANIELA RIOS
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.05.21

<< REGISTRO: 08:45:03 >> (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA
"PARA LA CIRUGIA"

REVISION POR SISTEMA
NIEGA

ANTECEDENTES
--><<2023.05.21-03:43:33>>, (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL) H.U. 160095
NIEGA

--><<2023.05.22-09:30:20>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 160107

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA DERECHA

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 110/76 **FC:** 86 **FR:** 17 **Tmp:** 36.2 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO
SE EVIDENCIA HERIDA SUPRACILIAR DERECHA DE 2 CMTS , ASOCIADO A ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO ALREDEDOR Y OTRAS A NIVEL DE DORSO DE 2DO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA DE 1 CM.

10

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083838250

ADMISION N_: 160107

NOMBRE: LOPEZ LOZADA ELKIN **Num. Id-:** TI 1083838250

FECHA NACIMIENTO: 2005.02.02 **EDAD:** 18 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.05.21 **HORA DE INGRESO:** 08:45:03 **Fecha/Hora de registro:** 2023.05.21 08:45

DIRECCION: VEREDA ESTOLACAL **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3108292215

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** DANIELA RIOS

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S019 HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S911 HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

EVOLUCION

NOTA RETROSPECTIVA 8:15
PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

ANALISIS/PLAN

TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.21-08:44:49 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CX PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2023.05.21 **HORA DE EGRESO:** 08:44:49 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Ramiro E. Perdomo
M.D. Cirujano Plastico
R.M. 14035-89 U. Nacional
C.C. 12176.057

Dr. RAMIRO PERDOMO POLANCO
Registro Medico: 1403889

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 160107 - 10000

NOMBRE:	LOPEZ LOZADA ELKIN		C.C. -TI-RC-OTRO	1083838250	
EDAD:	18 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2005.02.02	SEXO:	M
DIRECCION:	VEREDA ESTOLACAL			TELEFONO:	3108292215
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	DANIELA RIOS			TELEFONO:	3213739313

FECHA: 2023.05.21

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR- NARIZ- LABIOS- PARPADOS MAS DERMOABRASION CARA Y AREA GEN

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.05.21-03:43:33>>, (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL) H.U. 160095

NIEGA

--->><<2023.05.22-09:30:20>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 160107

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA DERECHA

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 145/61 **FC:** 89 **FR:** 22 **PESO:** 60 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
HERIDA DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS, EN REGION SUPERCILIAR DERECHA CON COMPROMISO DE PARPADO SUPERIOR Y AVUILSION DE TEJIDOS, RODEADA DE TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO EN TODA LA REGION PERIOCULAR DERECHA

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

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

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN 4 Y 5 DEDOS DE LA MANO IZQ

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 160107 - 10000

NOMBRE: LOPEZ LOZADA ELKIN C.C. -TI-RC-OTRO 1083838250

EDAD: 18 A FECHA DE NACIMIENTO: 2005.02.02 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA ESTOLACAL TELEFONO: 3108292215

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: DANIELA RIOS TELEFONO: 3213739313

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

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

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T018

HERIDAS QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE REGIONES DEL CUERPO

PLAN:

ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO

MONITORIA BASICA, BLOQUEO ANESTESICO, ANALGESIA POP

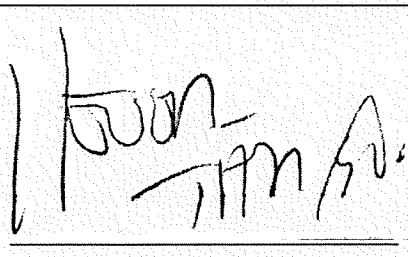
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.05.21 **HORA:** 08:00:13

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Jaen	Losada	Elkin	1083838250

FECHA				EDAD			SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
21	05	23		19	A		H ☒ M ☐	1.65	60	1 2 3 4 5 U
Día	Mes	Año	Hora	Años	Meses	Días				

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Hallux pesmicht abeup — cel y cel f

OPERACION PROPUESTA

HISTORIA Y ANTECEDENTES

ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

RAD - NO
ox - clavicul. drech.
Ale - NO

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA — DIENTES — CUELLO

IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL

RESUMEN Y PLAN

Lleva una de NPO

ESTADO PSICOLOGO

PRESENTE ACEPTA RECHAZA

NECESITA SANGRE NO C.C.

PREMEDICACION

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Cx

REPARACION E A C

42	40	38	36	34	32	30	28	26
180	17	160	15	140	13	120	11	100	9	80	7	60	5	40	3	20	1

HORA 9:05

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

HEMORRAGIA Negada — DIURESIS OK

REFLEJOS normales — SENSIBILIDAD OK

MOTILIDAD normal — PIEL Rosada Hidratada

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sal. de recuperacion bajo cuidados. bloqueo sin complicac

TOTALES			
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejoria

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____ — E A C

°C: 42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

MORA

AGENTES

1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____ ▽
I NT No ____
E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO ●

RESPIRACION ○

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION ◉

NEONATO MASC FEM. & a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE ■

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES: 1 2 3 4 / 5 6 7 8 / 9 10 11 12 / 13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,21-May-2023 09:13:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LOPEZ LOSADA ELKIN EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.05.2 08:14
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 18 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1083838250 LOPEZ LOZADA ELKIN	1 NIVEL I	HOBO	VEREDA ESTOLACAL	3108292215

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.05.21	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML	MVT	10.00
2023.05.21	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	MVT	1.00
2023.05.21	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	MVT	1.00
2023.05.21	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	4.00
2023.05.21	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.05.21	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	MVT	1.00
2023.05.21	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	200.00
2023.05.21	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	200.00
2023.05.21	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2023.05.21	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	4.00
2023.05.21	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	MVT	1.00
2023.05.21	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2023.05.21	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.05.21	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.05.21	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	MVT	2.00
2023.05.21	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00

Fecha de la Remisión DÍA 21 MES 05 AÑO 2023 **Autorización:** XXX

No. de Historia Clínica TI1083838250

Sede ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA Código 413490048401

Institución a la que se remite ---------- Código 0

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
ELKIN	LOPEZ	LOZADA	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1083838250

Dirección VEREDA ESTORACAL Teléfono 3134062430 Edad 18 Ano(s)

Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___

Lugar y Fecha de Nacimiento - 02/02/2005

Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○

Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso	Servicio que Remite		Especialidad
D 20 M 05 A 2023	Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Fecha de Egreso	Consulta Externa		
D 21 M 05 A 2023	Hospitalización		
	Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Remisión		Médico que Remite	
Nivel de Competencia	X	Nombre	MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVIDEO
No hay Recurso Humano		Firma y Sello	
No hay Equipo			
Petición Voluntaria			
Otro			
		C.C	72216783
		Registro Médico	72216783

PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS EL CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CONDICION DE PASAJERO EL CUAL SE DESPLAZABA POR LA CALLE 5 CON CARRERA 9 BARRIO SAN PEDRO MUNICIIPIO DE HOBO SIENDO LAS 23:30 PM Y PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO CAE AL PAVIMENTO CON TRAUMATISMO EN CABEZA Y HERIDA EN REGION FRONTAL CON DOLOR Y EDEMA POR LO QUE SE DECIDE REMITIR PARA VALORACION POR ORTOPEDIA.

Nivel de Competencia

	1	2	3	4
Nivel que Remite	X			
Nivel al que se Remite	X			

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 00:38 Hora 00 Minutos 38

Nombre de la persona que solicita la Remisión

MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 00:38 Hora 00 Minutos 38

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXX

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	S019

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:
PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS EL CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CONDICION DE PASAJERO EL CUAL SE DESPLAZABA POR LA CALLE 5 CON CARRERA 9 BARRIO SAN PEDRO MUNICIIPIO DE HOBO SIENDO LAS 23:30 PM Y PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO CAE AL PAVIMENTO CON TRAUMATISMO EN CABEZA Y HERIDA EN REGION FRONTAL CON DOLOR Y EDEMA POR LO QUE SE DECIDE REMITIR PARA VALORACION POR ORTOPEDIA.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
100/80	78	36.80	20	160.0	58.00	

Hallazgos del Examen Físico

NORMAL BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza:**Anormal TRAUMATISMO EN CABEZA Y HERIDA EN REGION FRONTAL - **Cuello:**Normal NORMAL - **Torax:**Normal NORMAL - **Abdomen:**Normal BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION - **G/U:**Normal NO EXPLORADO - **Extremidades:**Normal NORMAL - **Neurológico:**Normal SIN DEFICIT APARENTE - **Nariz:**Normal NORMAL - **Oidos:**Normal NORMAL - **Boca:**Normal NORMAL - **Ojos:**Normal NORMAL - **Piel:**Normal NORMAL - **Ano:**Normal NORMAL - **Osteomuscular:**Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (DM0000215R12) CATETER YELCOS 18 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (00021136106) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000907) SEDA 5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (M01AD015701) DICLOFENACO SODICO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (H02AD005711) DEXAMETASONA ACETATO 8 MG/ML *Dosis:* 1;

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	S019

Observaciones o Sugerencias

REMISION POR ORTOPEDIA

Impreso por:

MAYERLY ROJAS CORDOBA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

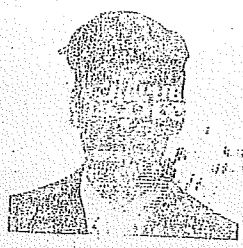
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.416.047
CHALA ORTIZ

APELLIDOS
YAN CARLOS

NOMBRES

Yan Carlos chala Ortiz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1997
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-2015 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904300-00779214-M-1004416047-20151222 0047839535A 1 39779643

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.083.838.250
LOPEZ LOZADA
APELLIDOS

ELKIN
NOMBRES

ELKIN Lopez Lozada
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-2005
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

02-FEB-2023 FECHA DE VENCIMIENTO | O+ G S RH | M SEXO

22-NOV-2016 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904300-00881887-M-1083838250-20170208 0053536806A 1 47214567

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10021010628

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KXB45F	AKT	AK125 NKDR	2021

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	BLANCO NEGRO	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR
157FMITE019946

REG N VIN 9F2B11252M5012215

NÚMERO DE SERIE
******

REG N NÚMERO DE CHASIS 9F2B11252M5012215 REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
MANRIQUE AMAYA OCTAVIO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1075275598

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ******

POTENCIA HP 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902020000102273

I/E I

FECHA IMPORT. 12/08/2020

PUERTAS 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
26/08/2020	26/08/2020	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02006005451

RUNT

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	KXB45F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029197952	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125 NKDR
MODELO:	2021	COLOR:	BLANCO NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMITE019946
NÚMERO DE CHASIS:	9F2B11252M5012215	NÚMERO DE VIN:	9F2B11252M5012215
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	26/08/2020
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8089081300	10/10/2022	11/10/2022	10/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
79188816	25/08/2020	26/08/2020	25/08/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:31:22 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. FEC149991

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-01 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7b61e09fe84c0cbb65ba93caad32de5f3318718a9071b7575924
61b42659b22e8558808e1a3a9bebebc13ac4c8064489

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2655200

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-08-31 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
248c85acd810930e3201ca740aa13bb8cc1b2ae0cc9e75ab8f7
2cf0a411da766b35103c0624576a7d150f2213210c212

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-01 11:03:27.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

DIAN

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC149991

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-01 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7b61e09fe84c0cbb65ba93caad32de5f3318718a9071b7575924
61b42659b22e8558808e1a3a9bebebc13ac4c8064489

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

CUDE:
adb9be8bbfa9f73e744b7784f037ac1db5acc6dee2d2c4d63522
4f5d43c94a36ac1bf29012b14d57f64168d29779ba93

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-01 04:06:45.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
98a307b16b67cfedd1a028a9872cd7415b6f18a0e40dd800e74
a6437acf76b09643c2c6abe0a629ee8fe068f088684e8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-10 01:38:38.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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. FEC149991

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-01 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7b61e09fe84c0cbb65ba93caad32de5f3318718a9071b7575924
61b42659b22e8558808e1a3a9bebebc13ac4c8064489

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
3792c4b63cf32a810c8e4fc8241c9d9088571e4cf8ac9c2e38847
87345e43fd6b1f8b2c59b46519128d85dd11f4d5804

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-10 01:38:42.000 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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.04	11:07:54	2023.09.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50163

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

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 161276

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.06.12 - 16:13	2023.06.12 - 21:50

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 7687673 CORDOBA MAURICIO EDAD : 52 Años

DIRECCION: VEREDA MESITOS AIPE TELEFONO: 3185393285

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	12-Jun-2023	S55101					OAR	1	86,100	86,100
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
	VENDA ALGODON 6X5								6	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								4	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
790906	VENDA YESO DE 6X5								6	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
	GUANTE EXAMEN TALLA M								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.12	873206		CAR				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.12	873121		CAR				1	81,400	81,400
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.06.12	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.06.12	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.06.12	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.06.12	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.06.12	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.06.12	935304		OAR				1	70,000	70,000
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL	2023.06.12	890602		HJC				1	55,100	55,100

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

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

CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 ***una vigencia de: 12 Meses***

Modalidad ELECTRONICA D ***0000 AUTORIZA***

Cufe: 296727ec836ead7f69cb937f3a2578652d63426b[illegible]6be6[illegible] [illegible]1407d6709dc1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia JJILLO Nit. 53.955.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta [illegible] A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.336.126 - 6

Recibido!
7 de Septiembre del 2023
20181675

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.04	11:07:54	2023.09.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50163

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 161276

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.06.12 - 16:13	2023.06.12 - 21:50

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 7687673 CORDOBA MAURICIO
EDAD : 52 Años
DIRECCION: VEREDA MESITOS AIPE
TELEFONO: 3185393285
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	12-Jun-2023	S55101					OAR	1	86,100	86,100
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
	VENDA ALGODON 6X5								6	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								4	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
790906	VENDA YESO DE 6X5								6	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
	GUANTE EXAMEN TALLA M								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.12	873206		CAR				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.12	873121		CAR				1	81,400	81,400
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.06.12	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.06.12	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.06.12	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.06.12	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.06.12	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.06.12	935304		CAR				1	70,000	70,000
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL	2023.06.12	890602		HJC				1	55,100	55,100

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

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

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

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

Cufe: 29672ec636ead7f69cb9377a2578652d63426b76bc6bd60cfc10e59ac33a94b3f49900736 9ddb1afde1407d6709dc1

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.04	11:07:54	2023.09.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50163

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO										
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.06.12	890701	CAR					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.06.12	S22101	CLO					1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.06.12	S22103	OAR					1	86,100	86,100

VALOR BRUTO:	819,703	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	819,703

SON: OCHOCIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL SETECIENTOS TRES PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.04 11:10:14 AM

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 29677ecf836eadf1f69cb937f3a2578652d63426b76be6bd60cfe10e59ac33a94b2f49900f369ddb1afde1407d6709dc1

19

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:	50163
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 782,011
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 37,692
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: FEC1- 50163

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

CORDOBA — 1er.Apellido o Razon Social

2do.Apellido

MAURICIO — 1er.Nombre

2do.Nombre

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

No. Documento: 7687673

De: 41016 Fecha de Nacimiento: 1971/04/15 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: VEREDA MESITOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3185393285

Municipio: AIPE Cod. 016

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

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

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direcci¾n de la Ocurrencia: VEREDA MESITAS

Fecha Evento/Accidente: 2023/06/12 Hora: 13:40

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: AIPE Cod. 016 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OUPANTE DE LA MOTO CON PLACA KGO77G QUIEN PIERDEN EL EQUILIBRIO AL ESQUIVAR UN CARRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

Marca: BAJAJ Placa: KGO77G

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

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

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

Poliza SOAT No 8088159000 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/10/1 Hasta: 2023/09/30

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

AVILES — 1er.Apellido o Razon Social

TIQUE — 2do.Apellido

EDILBER — 1er.Nombre

2do.Nombre

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

No. Documento 1075542986

Direccion: VEREDA MESITAS

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3172575815 Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er.Apellido	2do.Apellido
AVILES	TIQUE
1er.Nombre	**2do.Nombre**
EDILBER	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1075542986

Direcci¾n: VEREDA MESITAS

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3172575815

Municipio: AIPE **Cod.** 016

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: / / a las

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

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

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

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/06/12 **a las** 16:13

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Fecha de Egreso: 2023/06/12 **a las** 21:50

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico relacionado de Egreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
CARLOS	ALBERTO
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
ANDRADE	CACHAYA

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 80874060

N·mero de Registro de MÚdico 1536/10

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	819703	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

21

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

EPICRISIS No. 57964

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CORDOBA MAURICIO

DOC.IDENT:	CC 7687673	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESITOS
FCHA.NACTO:	1971.04.15	EDAD:	52 A	CIUDAD:	AIPE
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+	TEL:	3185393285

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.06.12 — HORA DE INGRESO: 16:13
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.06.12 — HORA DE EGRESO: 21:50
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S824 - FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE
CONFIRMADO: S824 - FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.06.12-16:36:03 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 OUPANTE DE LA MOTO CON PLACA KGO77G QUIEN PIERDEN EL EQUILIBRIO AL ESQUIVAR UN CARRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORADOA LAS 16+15
PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA DE LA EMRPESA CARE 7/24 QUIEN REFIERE EL DIA DE HOY SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA EN PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO ASOCIADO A HERIDA EN PIERNA Y ABRASIONES. NIEGA PERDIDA DE CONCIENCIA, NIEGA OTROS TRAUMAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 118/70 FC: 74 FR: 19 TEMP: 36.2 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
<<TORAX>>
SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES
<<PELVIS>>
ESTABLE NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES, EXTREMIDADES SE EVIDENCIA ABRASION CONTAMINADA EN CODO DERECHO, PRESENTA EDEMA DOLOR Y LIMITACION DE ADECUADA MOVILIDAD DE PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO CON DEFORMIDAD EN PIERNA Y HERIDA DE APROX 1 CM EN CARA MEDIAL DE PIERNA CON SANGRADO MODERADO. NO OTROS TRAUMAS.

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

EPICRISIS No. 57964

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

PACIENTE: CORDOBA MAURICIO

DOC.IDENT:	CC 7687673	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESITOS		
FCHA.NACTO:	1971.04.15	EDAD:	52 A	CIUDAD:	AIPE	TEL:	3185393285
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<NEUROLOGICO>>
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SIN LESIONES ADICIONALES
<<FANERAS>>
SIN LESIONES ADICIONALES

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 52 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. DADO SITIO DE HERIDA SE CONSIDERA CURSA CON FRACTURA EXPUESTA POR LO QUE SE DA MANEJO ANTIBIOTICO BICONJUGADO.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

SS HEMOGRAMA, PT, PTT, BUN , CREATININA

** PLAN DE MANEJO:
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- NVO
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR IV A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

17

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

EPICRISIS No. 57964

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CORDOBA MAURICIO

DOC.IDENT:	CC 7687673	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESITOS		
FCHA.NACTO:	1971.04.15	EDAD:	52 A	CIUDAD:	AIPE	TEL:	3185393285
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.06.12-16:50:10 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: 16:36 / 16:39 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 CURACIONESE OBSERVA HERIDA EN PIERNA IZQUIERDA. 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 CUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SE DEJA CUBIERTA CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO COMPRESIVO SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 23.06.12-18:53:40 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 PIERNA IZQUIERDA: SE EVIDENCIA FRACTURA DE PERONE PROXIMAL Y EN UNION DE TERCIO MEDIO CON DISTAL DEL MISMO, Y SE EVIDENCIA FRACTURA DIAFISIARIA DE TIBIA.
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS

*** FECHA: 23.06.12-18:58:42 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SOLICITAN VALORACION POR ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA.
AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DEFORMIDAD A NIVEL DE TERCIO MEDIO CON DISTAL DE PIERNA CON HERIDA PUNTIFORME A 5 CM DEL FOCO EN CARA MEDIAL DE PIERNA HERIDA LIMPIA CON MECANISMO DE INTERNO A EXTERNO, CON ESCASO SANGRADO
RX: SE EVIDENCIA FRACTURA DE PERONE PROXIMAL Y EN UNION DE TERCIO MEDIO CON DISTAL DEL MISMO, Y SE EVIDENCIA FRACTURA DIAFISIARIA DE TIBIA
IDX: FRACTURA EXPUESTA DE TIBIA IZQUIERDA GRADO I
FRACTURAS DE PERONE IZQUIERDO EN TERCIO PROXIMAL Y UNION DE TERCIO MEDIO CON DISTAL
P/ SUTIRA DE HERIDA POR MEDICO GENERAL, INMOVILIZACION.
SE HOSPITALIZA PARA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DUAL PREVIO A TRATAMIENTO QUIRURGICO, NO SE CONSIDERA PARA LAVADO QUIRURGICO DADO LOS HALLAZGOS DESCRITOS ANTERIORMENTE.

*** FECHA: 23.06.12-19:04:12 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

16

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

EPICRISIS No. 57964

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: CORDOBA MAURICIO

DOC.IDENT:	CC 7687673	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESITOS		
FCHA.NACTO:	1971.04.15	EDAD:	52 A	CIUDAD:	AIPE	TEL:	3185393285
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOS 12640, NEUT 85.3%, HB 15.4, HCTO 43.9, PLQ 288000
BUN 13, CREATININA 0.7
PT 16, PTT 38
LEVE LEUCOCITOSIS, RESTO DE PARACLINICOS DE BAJO RIESGO

*** FECHA: 23.06.12-21:45:06 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 19:30 / 20:00 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR DESDE TERCIO MEDIO DE MUSLO HASTA PIE, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.06.12-21:45:33 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR DESDE TERCIO MEDIO DE MUSLO HASTA PIE, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.06.12-21:50:24 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE EN PLAN DE CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO Y SEGUIMIENTO DE EXTREMIDAD POR ORTOPEDIA, SE REVALORA NUEVAMENTE EN CONJUNTO CON ORTOPEDISTA DR CUERVO QUIEN CONSIDERA HERIDA NO SUCEPTIBLE DE SUTURA, SE REALIZA INMOVILIZACION SIN COMPLICACIONES, SE DA ORDEN DE TRASLADO A HOSPITALIZACION GENERAL.

*** FECHA: 23.06.12-21:50:37 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

15

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

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

EPICRISIS No. 57964

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

PACIENTE: CORDOBA MAURICIO

DOC.IDENT:	CC 7687673	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESITOS		
FCHA.NACTO:	1971.04.15	EDAD:	52 A	CIUDAD:	AIPE	TEL:	3185393285
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.12-21:50:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: 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

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

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 161276

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -161276 **Fecha** 2023/06/12

Nombre Paciente: CORDOBA MAURICIO - 7687673 **Edad:** 52 **Sexo:** M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONESE OBSERVA HERIDA EN PIERNA IZQUIERDA. 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 CUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SE DEJA CUBIERTA CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO COMPRESIVO SIN COMPLICACION ALGUNA.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,31-Jul-2023 08:33:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2023.06.1	16:13
001 0 SOAT	OTRO REGIMEN	52 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
7687673 CORDOBA MAURICIO	1 NIVEL I		AIPE	VEREDA MESITOS	3185393285

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.06.12	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2023.06.12	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2023.06.12	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2023.06.12	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2023.06.12	ZMQ	GUANT M	GUANTE EXAMEN TALLA M	CLO	1.00

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 161276

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -161276 **Fecha** 2023/06/12

Nombre Paciente: CORDOBA MAURICIO - 7687673 **Edad:** 52 **Sexo:** M

Quien Realiza: OAR- OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR DESDE TERCIO MEDIO DE MUSLO HASTA PIE, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

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

NEIVA,31-Jul-2023 08:33:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.06.1 16:13
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 52 Años **Fecha Egreso** :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
7687673 CORDOBA MAURICIO 1 NIVEL I AIPE VEREDA MESITOS 3185393285

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.06.12	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	OAR	6.00
2023.06.12	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	OAR	6.00
2023.06.12	MAS	VENDA DE	VENDA YESO DE 6X5	OAR	6.00

10

PACIENTE: 7687673 CORDOBA MAURICIO **EDAD:** 52

DIRECCION: VEREDA MESITOS **TELEFONO:** 3185393285

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-57188 **FECHA SINIESTRO:** 2023.06.12 **Nº POLIZA:** 8088159000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 12 de junio de 2023						
16:37:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
16:37:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
16:37:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
16:37:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
16:37:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
16:37:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
16:37:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		DIA	CRS1	
16:37:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	CRS1	
16:37:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		DIA	CRS1	
16:37:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	3.00		DIA	CRS1	
16:37:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CRS1	
16:37:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CRS1	
16:37:04	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DERLYMOR	

TOTAL SUMINISTRADO: 22.00

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

Informe preliminar

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-06-12 17:23

Paciente

CORDOBA MAURICIO
/6876/3
Masculino
52 Años

Orden No. 20230612001 1

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado		Unidades	Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	12.64		x 10^3/ul		12/06/2023 17:30
Recuento de Globulos Rojos	4.91		x 10^6/ul	3.50 - 5.50	12/06/2023 17:30
Hemoglobina	15.4		g/dl	11.0 - 15.0	12/06/2023 17:30
Hematocrito	43.9		%	36.0 - 48.0	12/06/2023 17:30
Volumen Corpuscular Medio	89.4		fL	80.0 - 99.0	12/06/2023 17:30
Hemoglobina Corpuscular Media	31.4		pg	26.0 - 32.0	12/06/2023 17:30
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.2		g/dl	32.0 - 36.0	12/06/2023 17:30
Recuento de Plaquetas	288		x 10^3/ul	150 - 450	12/06/2023 17:30
Neutrofilos %	85.3	*	%	50.0 - 70.0	12/06/2023 17:30
Linfocitos %	12.3	*	%	20.0 - 40.0	12/06/2023 17:30
Monocitos %	2.4		%	1.0 - 8.0	12/06/2023 17:30
Eosinofilos %	0.00	*	%	3.00 - 7.00	12/06/2023 17:30
Basofilos %	0.00		%	0.00 - 1.00	12/06/2023 17:30
Neutrofilos #	10.78	*	x 10^3/ul	2.00 - 7.80	12/06/2023 17:30
Linfositos #	1.55		x 10^3/ul	0.60 - 4.10	12/06/2023 17:30
Monocitos #	0.31		x 10^3/ul	0.10 - 1.80	12/06/2023 17:30
Eosinofilos #	0.00	*	x 10^3/ul	0.30 - 0.70	12/06/2023 17:30
Basofilos #	0.00		x 10^3/ul	0.00 - 0.10	12/06/2023 17:30
Volumen Plaquetario Medio	8.4		fL	7.4 - 10.4	12/06/2023 17:30
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	44.5		fL	39.0 - 46.0	12/06/2023 17:30
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.1		%	11.5 - 14.5	12/06/2023 17:30
PDW	15.5				12/06/2023 17:30
PCT	0.241		%		12/06/2023 17:30

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

BIOQUIMICA

NITROGENO UREICO	13.00		mg/dl	9.00 - 20.00	12/06/2023 17:46

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP:571069 18

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

Informe preliminar
Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

CORDOBA MAURICIO
7687673
Masculino
52 Años

Orden No. 202306120011

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
BIOQUIMICA				
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7	mg/dl	0.7 - 1.3	12/06/2023 17:53
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	16.00	seg	11.30 - 18.30	12/06/2023 17:29
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	38.00	seg	22.00 - 38.00	12/06/2023 17:29

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.07.31
HORA:	08:34:20
PAGINA No:	1

Numero: 79896 Fecha Ex. 12/06/23 Hora 10:23
Nombre Paciente: 7687673 CORDOBA MAURICIO
Dirección: VEREDA MESITOS Telefono:3185393285 Edad:52 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda en la que se advierte fracturas fragmentadas ligeramente desplazada impactadas del tercio medio de la tibia y el tercio distal del peroné.
Hay marcado edema de los tejidos blandos adyacentes a los focos de fracturas.

FIRMA _____

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

6

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.07.31
HORA:	08:34:35
PAGINA No:	1

Numero: 79897 Fecha Ex. 12/06/23 Hora 10:24
Nombre Paciente: 7687673 CORDOBA MAURICIO
Dirección: VEREDA MESITOS Telefono:3185393285 Edad:52 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP Prioridad: ALTA

LECTURA

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.
Con posible esguince.

FIRMA

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

5

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

Neiva, 12.06.2023

Señores Equidad

Ciudad

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

Yo Mauricio Cordoba identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No._____, 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 12/06/2023 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

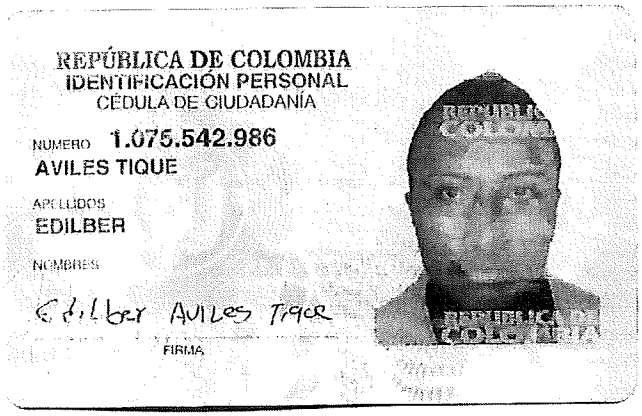
Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.075.542.986
AVILES TIQUE

APELLIDOS
EDILBER

NOMBRES
Edilber Aviles Tique

FIRMA



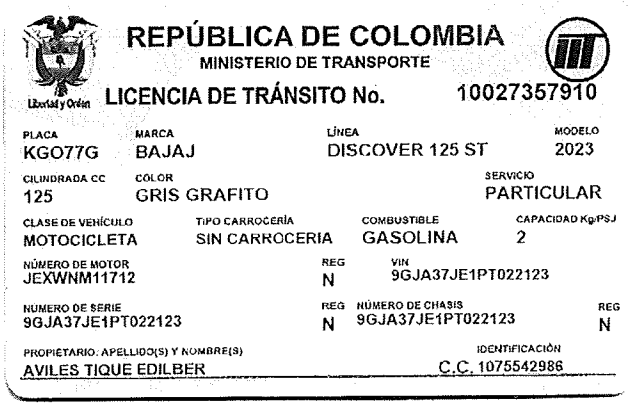
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.687.673
CORDOBA

APELLIDOS
MAURICIO

NOMBRES

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027357910

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KGO77G	BAJAJ	DISCOVER 125 ST	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
125	GRIS GRAFITO	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JEXWNM11712	N	9GJA37JE1PT022123

NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GJA37JE1PT022123	N	9GJA37JE1PT022123	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
AVILES TIQUE EDILBER	C.C. 1075542986



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1993
ATACO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-FEB-2012 AIPE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1901000-01290602-M-1075542986-20220414 0078794010A 1 8504324362



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1971
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-MAY-1989 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00102485-M-0007637673-20081018 0004590868A 1 24747312

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ****** | POTENCIA HP 13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
012022000012511

I/E I | FECHA IMPORT 07/07/2022 | PUERTAS 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA 03/10/2022 | FECHA EXP. LIC. TTO 03/10/2022 | FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT02007320260

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	KGO77G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027357910	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	DISCOVER 125 ST
MODELO:	2023	COLOR:	GRIS GRAFITO
NÚMERO DE SERIE:	9GJA37JE1PT022123	NÚMERO DE MOTOR:	JEXWNM11712
NÚMERO DE CHASIS:	9GJA37JE1PT022123	NÚMERO DE VIN:	9GJA37JE1PT022123
CILINDRAJE:	125	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	03/10/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8088159000	30/09/2022	01/10/2022	30/09/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:31:45 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. FEC150163

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
296727ec836ead7f69cb937f3a2578652d63426b76be6bd60cfe10e59ac33a94b2f499007369ddb1afde1407d6709dc1

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
819703

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-09-03 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
e6aa0ead0670ad91cf0b36778bd3ac3c5341fb878c8a48d06903c59d2da9af946711cc388950850f00ca5d12c43d0013

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-04 11:10:14.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:31:45 AM
Página: 2

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC150163

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
296727ec836ead7f69cb937f3a2578652d63426b76be6bd60cfe10e59ac33a94b2f499007369ddb1afde1407d6709dc1

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

CUDE:
b1febd6bcbf4cbbcf3c0e73853436bc9c7b0403ac16dc0b2c0038ce70941a55486ff89014f2d4499f02e68f5b307936e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-04 04:13:41.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
7f0427d6d68d3d56c6b47a91e0a938153597eba3098a0132af9130466c26ecb3b3af6994a0ebbab24063e2348d147a51

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-23 02:36:43.000 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

DIAN

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC150163

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
296727ec836ead7f69cb937f3a2578652d63426b76be6bd60cfe10e59ac33a94b2f499007369ddb1afde1407d6709dc1

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
db3a8ba02bd6a96eaab17b98556987d41021cf8a8a92d48bc7563275df2c4f22451f85ab3ed2deda6f379c0efbcdbb30

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-23 02:36:50.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.25	10:59:43	2023.08.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49610

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

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 162435,162454

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.07.01 - 11:25	2023.07.02 - 08:13

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1077720766 RIVERA VALBUENA ALEJANDRO EDAD : 22 Años

DIRECCION: VEREDA LA ULLOA RIVERA TELEFONO: 3203072596

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								8	4,892	39,136
19996775	ISODINE SOLUCION								100	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								1	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								8	11,300	90,400
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.01	873206		ARS				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.07.01	873121		ARS				1	81,400	81,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.07.01	873411		ARS				1	69,100	69,100
21140	COLUMNA CERVICAL	2023.07.01	871010		ARS				1	103,100	103,100
21141	COLUMNA DORSAL O TORAXICA	2023.07.01	871020		ARS				1	100,900	100,900
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2023.07.01	871040		ARS				1	125,500	125,500
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.07.01	871121		ARS				1	89,500	89,500
21701	CRANEO SIMPLE	2023.07.01	879111		ARS				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.07.01	879131		ARS				1	683,300	683,300
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.07.01	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.07.01	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.07.01	903841						1	18,600	18,600

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

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

CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA I

una vigencia de: 12 Meses
)000 AUTORIZA

Cufe: 928172a459add297dad67abb934a1b21e96d611e67da5 b60e952e200f3

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia UJILLO Nit: 36.303.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta [illegible] A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.300.126 - 6

Recibido!
8 de Septiembre del 2023
20181758

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.25	10:59:43	2023.08.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49610

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 162435,162454

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.07.01 - 11:25	2023.07.02 - 08:13

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1077720766 RIVERA VALBUENA ALEJANDRO
EDAD : 22 Años
DIRECCION: VEREDA LA ULLOA RIVERA
TELEFONO: 3203072596

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								8	4,892	39,136
19986775	ISODINE SOLUCION								100	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								1	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								8	11,300	90,400
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.01	873206		ARS				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.07.01	873121		ARS				1	81,400	81,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.07.01	873411		ARS				1	69,100	69,100
21140	COLUMNA CERVICAL	2023.07.01	871010		ARS				1	103,100	103,100
21141	COLUMNA DORSAL O TORAXICA	2023.07.01	871020		ARS				1	100,900	100,900
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2023.07.01	871040		ARS				1	125,500	125,500
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.07.01	871121		ARS				1	89,500	89,500
21701	CRANEO SIMPLE	2023.07.01	879111		ARS				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.07.01	879131		ARS				1	683,300	683,300
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.07.01	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.07.01	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.07.01	903841						1	18,600	18,600

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

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

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

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

Cufe: 908172a459add297dad67abb934a11b21e96d611e67da551bf2bde11c1423623cd7eb181de0379a43ccab60e952c200f3

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.25	10:59:43	2023.08.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49610

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19749	NITROGENO UREICO	2023.07.01	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.07.01	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.07.01	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.07.02	890402		JCO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.07.02	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.07.01	890701		ARS				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.07.01	S22101		KML				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	2,812,038	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,812,038

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.07.25 11:01:55 AM

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** GCC , CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 9281f2a459add297dad67abb954a1b21e96d611e67da553bf?bde11c1423623cd7eb181de0379a43ccab60e952e?00f3

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:	49610
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,972,438
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 839,600
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 256

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 49610

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

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

RIVERA — 1er.Apellido o Razon Social

VALBUENA — 2do.Apellido

ALEJANDRO — 1er.Nombre

2do.Nombre

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

No. Documento: 1077720766

De: 41615 Fecha de Nacimiento: 2001/06/3 Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: VEREDA LA ULLOA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3203072596

Municipio: RIVERA Cod. 615

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]

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

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

Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 2 CON CALLE 11 VEREDA LA ULLOA

Fecha Evento/Accidente: 2023/07/1 Hora: 10:40

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Zona: U[X] R[ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KHQ11G, COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

Marca: VICTORY Placa: KHQ11G

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

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

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

Poliza SOAT No 8098686300 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/30 Hasta: 2023/12/29

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

RIVERA — 1er.Apellido o Razon Social

VALBUENA — 2do.Apellido

ALEJANDRO — 1er.Nombre

2do.Nombre

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

No. Documento 1077720766

Direccion: VEREDA LA ULLOA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3203072596 Total Folios: 0

150

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 257

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er.Apellido	2do.Apellido
RIVERA	VALBUENA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ALEJANDRO	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1077720766

Direcci¾n: VEREDA LA ULLOA

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3203072596

Municipio: RIVERA **Cod.** 615

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: / / a las

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

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / . a las

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

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/07/1 **a las** 11:25 **Fecha de Egreso:** 2023/07/2 **a las** 08:13

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ALICIA	MARIA
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
DEL	PILAR ROA SER

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1075269209

N·mero de Registro de MÚdico 1075269209

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2812038	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

2ª

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

EPICRISIS No. 58281

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.07.01	HORA DE INGRESO: 11:25
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2023.07.01	HORA DE EGRESO: 18:38

ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
CONFIRMADO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
RELACIONADO1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO2: S510 - HERIDA DEL CODO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.07.01-11:48:42 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KHQ11G, COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 11+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

** SIGNOS VITALES:
TA: 124/70 FC: 92 FR: 18 TEMP: 36 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ESTUPOROSO
GLASGOW: 5 - 2 - 2 / 9 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, EDEMA A NIVEL FRONTAL, MULTIPLES ABRASIONES TATUADAS FACIALES, APARENTE DOLOR A LA PALPACIONDE MACIZO FACIAL. HERIDA TIPO ESCALPE A NIVEL PARIETOOCCIPITAL IZQUIERDA DE +-5 CM DE LARGO CON SANGRADO EN CAPA , EDEMA ASOCIADO. ALIENTO ALCOHOLICO, INYECCION CONJUNTIVAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS CON RONCUS ASOCIADOS.
<<ABDOMEN>>

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

EPICRISIS No. 58281

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
NO LESIONES EXTERNAS A NIVEL GENITAL.
<<PELVIS>>
ESTABLE
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: ABRASION EXTENSA CON TATUAJE, EDEMA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILDIAD EN RODILLA Y EN CODO DERECHO NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
INGRESA PACIENTE ESTUPOROSO, GLASGOW 9/15 DADO POR RESPUESTA MOTORA AL DOLOR, SONIDOS INCOMPRENSIBLES, RESPUESTA OCULAR AL DOLOR, PINRAL. NO SIGUE ORDENES.
<<PIEL>>
LO YA DESCRITO
<<FANERAS>>
LO YA DESCRITO

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, DADO FRANCA ALTERACION NEUROLOGICA AL INGRESO SE INDICA SET DE TRAUMA COMO PARTE DE ESTUDIO INICIAL.

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- NVO
- MANTENER EN TABLE RIGIDA Y CON COLLAR CERVICAL HASTA EVALUAR IMAGENES.
- LEV 1000 CC EN BOLO Y CONTINUAR A 80 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA PLASTICA
-SS/ PARACINICOS COMO PREQUIRUGICOS
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

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

EPICRISIS No. 58281

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SS/ HEMOGRAMA, PT, PTT, GLUCOSA, CREATININA, BUN

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.07.01-12:12:27 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2GR EVCADA8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1000CCEN BOLO YLUEGOA80CCHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: ampolla im, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

***** FECHA: 23.07.01-13:01:24 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
NOTA CLINICA RETROSPECTIVA DE VALORACION INICIAL

EXAMEN CLINICO BEODEZ
Presentación, porte, actitud, conducta motriz: ADECUADA PARA LA SITUACION

Olores asociados: Aliento Alcohólico:
Negativo __. Discreto __. Evidente _X_. Dudoso __. Otros (describa):_____.

Sensorio: Estado de conciencia: ESTUPOROSO
Orientación: NO ES POSIBLE VALORAR POR ESTADO NEUROLOGICO
Atención: NO ES POSIBLE VALORAR POR ESTADO NEUROLOGICO
Memoria: NO ES POSIBLE VALORAR POR ESTADO NEUROLOGICO

Afecto: NO ES POSIBLE VALORAR POR ESTADO NEUROLOGICO

Lenguaje: Disartria: negativa __. discreta __. evidente _X_.
Otras alteraciones: Sí _X_. No __. Cuales (describa): INCAPACIDAD PARA ARTICULAR EL LENGUAJE

Alteraciones del pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección: NO ES POSIBLE VALORAR POR ESTADO NEUROLOGICO

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

24

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

EPICRISIS No. 58281

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

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

Coordinación Motora, Equilibrio y Marcha:
- Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz; dedo-dedo):
Normales __. Alteradas __. No se realizan _X_.
- Test de movimientos rápidos alternos:
Normal __. Alterada __. No se realiza _X_.
- Prueba de Romberg:
Normal __. Alterada __. No se realiza _X_
- Prueba de marcha en Tamden (punta-talón):
Normal __. Alterada __. No se realiza _X_
- Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:
Normal __. Alterada __. No se realiza _X_
Observaciones: NO ES POSIBLE REALIZAR ESTO DADO IMPOSIBILIDAD PARA LA BIPEDESTACION Y PARA SEGUIR ORDENES.

Evaluación de Nistagmus:
- Nistagmus Espontáneo: Presente __. leve __. evidente __. horizontal vertical __.
Ausente _X_.
- Prueba de nistagmus a mirada extrema: Positivo __. leve __. evidente __. horizontal __. vertical __. Negativo _X_. No se realiza __.
- Prueba de nistagmus posrotacional: Positivo __. leve __. evidente __. horizontal __. vertical __. Negativo _X_. No se realiza __
Observaciones: NINGUNA

Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor: NO SE REALIZA

ANALISIS Y CONCLUSION.
EMBRIAGUEZ CLINICA DE TERCER GRADO

***** FECHA: 23.07.01-13:02:54 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:
TAC CEREBRAL SIMPLE: NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA
TAC DE CARA: NO TRAZOS DE FRACTURA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL: VISIBLE SOLO HASTA C4, NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA: NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL
RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA: NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL
RADIOGRAFIA DE TORAX: NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

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

EPICRISIS No. 58281

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

RADIOGRAFIA DE PELVIS : NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

*** FECHA: 23.07.01-13:47:01 MEDICO: / (AUXIL. KML - KARLA MELISA LOPEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 11:49 / 12:05 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: KARLA MELISA LOPEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN POMULO DERECHO E IZQUIERDO EN MENTON + ANTEBRAZO DERECHO + PALMA DE MANO DERECHA+ MIEMBRO INFERIORES 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 100CC + 100CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

*** FECHA: 23.07.01-15:36:47 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMAa: LEUCFO: 8560 N%: 56.7 L%: 40.6 HB: 15.3 HCTO: 43 PQT: 342000
GLUCOSA: 91
BUN: 7 CR: 1.0
PT: 16.7 PTT: 39.9 INR: 1.06
PARACLINICOS DENTRO DE LIMTIES NORMALES.

*** FECHA: 23.07.01-16:02:25 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
NOTA MEDICA: PACIENTE EN OBSERVACION URGENCIAS, AHORA CON TENDENCIA A LA MEJORIA, SIENDO ALERTABLE AL LLAMADO, RESPONDE PRESGUNTAS SENCILLAS, RECONOCE FAMILIARES, PINRAL, SIGUE ORDENES SENCILLAS, RECUERDA PARCIALMENTE EL EVENTO, REFIERE DOLOR DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, DE MOMENTO NO AQUEJA OTRO SINTOMA. SE CONTINUA MANEJO MEDICO.

*** FECHA: 23.07.01-18:38:56 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR CIRUGIA PLASTICA, PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA Y ORTOPEDIA

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

EPICRISIS No. 58281

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.07.01-18:39:05 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.01-18:38:59 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO		
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 2: S510 - HERIDA DEL CODO		

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

Alicia María del Pil
Roa Serrano
Medicina General
RM 1075 269 209

DR@. ALICIA MARIA DEL PILAR ROA
SER
REG. MED: 1075269209

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

EPICRISIS No. 58293

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA TEL: 3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+		

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.07.01 — HORA DE INGRESO: 21:21
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.07.02 — HORA DE EGRESO: 08:13
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.07.01-22:12:02 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL),*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KHQ11G, COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DESCRITO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EN EL MOMENTO REINGRESA A A LA UNIDAD PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA, POSTERIOR A INTERVENCION POR CIRUGIA PLASTICA, PARA VALORACION POR ORTOPEDIA Y NEUROCIRUGIA NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMA.S

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 114/78 FC: 76 FR: 16 TEMP: 36.5 PESO: 87 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

10

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

EPICRISIS No. 58293

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

<<PIEL>>
NORML.
<<FANERAS>>
NORMAL.N

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DESCRITO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EN EL MOMENTO REINGRESA A A LA UNIDAD PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA, POSTERIOR A INTERVENCION POR CIRUGIA PLASTICA, PARA VALORACION POR ORTOPEDIA Y NEUROCIRUGIA, EN EL MOMENTO SE DECIDE DARLE CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO MEDICO PLANTEADO INICIALMENTE.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1000CCEN BOLO YLUEGOA80CCHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2GR EVCADA8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.07.02-03:57:35 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*****

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

** EVOLUCION:
NOTA EVOLUCION

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 128/72 FR: 19 T: 36.1,FC: 79 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. PENDIENTE VALORAICON POR ORTOPEDIA Y 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.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV C CAA HOR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2GR EVCADA8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 58293

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

***** FECHA: 23.07.02-07:33:49 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) , ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL PARAMEDICO QUE TRAE A NUESTRA INSTITUCION, SE ENCONTRABA BAJO EFECTO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ESCORIACIONES EN CARA Y EXTREMIDADES
GLASGOW 15
TAC CEREBRAL: NORMAL
IDX: TRAUMA DE CRANEO
CONMOCION CEREBRAL
ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ALTERACION RADIOLOGICA, NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO
PLAN: ALTA POR NEUROCIRUGIA
ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

***** FECHA: 23.07.02-08:01:29 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN EXTREMIDADES
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMOIDNAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR Y EDEMA LEVE EN HOMBRO Y CODO DERECHO, ASI MISMO EN RODILLA DERECHA, CON MOVILIDAD PRESERVADA, SIN INESTABILIDAD ARTICULAR, NEUROVASCULAR NORMAL

RX SE OBSERVAN NORMALES

DX: CONTUSIONES Y ABRASIONES
PLAN: SALIDA CON ANALGESICOS ORALES
CONTROL ABIERTO

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.07.02-08:13:39 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
SE EGRESA PACIENTE CON LAS RESPECTIVAS INDICACIONES MEDICAS.

18

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

EPICRISIS No. 58293

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

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

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

** OTROS:

CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA, :DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS. TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE. DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO). PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN. DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO PROGRESIVO (INESTABILIDAD, MAREO...). VISIÓN DOBLE O BORROSA. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD. CONVULSIONES. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ. APLICAR HIELO LOCAL, DESINFECTAR DOS VECES AL DIA LAS HERIDAS. RECLAMAR LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES, DE NOTAR ALGUNA ANOMALIA CONSULTAR INMEDIATAMENTE.

** ORDENES MEDICAS:

CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA ABIERTA - DR GARCIA
SOLICITARLA CON ANTICIPACION AL 6088756349, 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 M
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 3, VIA: ORAL

CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABELTA CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS, LUEGO SOLO EN CASO DE DOLOR TOMAR CON EL ESTOMAGO LLENO, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

***** FECHA: 23.07.02-08:13:57 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.02-08:13:40 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

19

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

EPICRISIS No. 58293

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO

DOC.IDENT:	CC 1077720766	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA ULLOA		
FCHA.NACTO:	2001.06.03	EDAD:	22 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3203072596
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO 1: S500 - CONTUSION DEL CODO
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

RM. 1118849376
MEDICO GENERAL

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 162435

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -162435 **Fecha** 2023/07/1

Nombre Paciente: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO - 1077720766 **Edad:** 22 **Sexo:** M

Quien Realiza: KML- KARLA MELISA LOPEZ **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN POMULO DERECHO E IZQUIERDO EN MENTON + ANTEBRAZO DERECHO + PALMA DE MANO DERECHA+ MIEMBRO INFERIORES 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 100CC + 100CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 1-Jul-2023 15:30:0

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

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.07.0 11:25

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 22 Años **Fecha Egreso :**

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

1077720766 RIVERA VALBUENA ALEJANDRO 1 NIVEL I RIVERA VEREDA LA ULLOA 3203072596

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.07.01	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	KML	1.00
2023.07.01	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	1.00
2023.07.01	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	100.00
2023.07.01	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	100.00
2023.07.01	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	3.00
2023.07.01	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	5.00

PACIENTE: 1077720766 RIVERA VALBUENA ALEJANDRO **EDAD:** 22

DIRECCION: VEREDA LA ULLOA **TELEFONO:** 3203072596

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-57479 **FECHA SINIESTRO:** 2023.07.01 **Nº POLIZA:** 8098686300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 1 de julio de 2023						
11:49:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
11:49:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
11:49:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	CRS1	
11:49:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
11:49:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	CRS1	
11:49:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		DIA	CRS1	
11:49:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	CRS1	
11:49:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CRS1	
11:49:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CRS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 13.00

PACIENTE: 1077720766 RIVERA VALBUENA ALEJANDRO **EDAD:** 22

DIRECCION: VEREDA LA ULLOA **TELEFONO:** 3203072596

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-57479 **FECHA SINIESTRO:** 2023.07.01 **Nº POLIZA:** 8098686300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 1 de julio de 2023						
23:49:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
23:49:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 2.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 2 de julio de 2023						
03:49:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
03:49:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
03:49:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VAC1	
03:49:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
03:49:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
03:58:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
03:58:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
03:58:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VAC1	
03:58:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 10.00

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO No. Identif. 1077720766 Edad. 22

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.07.02

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:** 24.00	TOMAR UNA TABELTA CADA 6 HORAS
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS,

Alejandro Rivera V

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -189260

FECHA EMISION:	2023.07.02
HORA:	08:53:58
PAGINA No:	1

USUARIO: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO
FECHA DE PEDIDO: 2023/07/2
DOC.IDENT: CC 1077720766 **CAMA:** -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER

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

Alejandro Rivera V
Recibido Paciente

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

Informe preliminar

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-07-01 15:01

Paciente

RIVERA VALBUENA ALEJANDRO
1077720766
Masculino
22 Años

Orden No. 202307010007

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado		Unidades		Valores de referencia	
HEMATOLOGIA						
Hemograma IV						
Recuento de Leucocitos	8.56		x 10^3/ul			01/07/2023 15:08
Recuento de Globulos Rojos	4.98		x 10^6/ul		3.50 - 5.50	01/07/2023 15:08
Hemoglobina	15.3		g/dl	*	11.0 - 15.0	01/07/2023 15:08
Hematocrito	43.0		%		36.0 - 48.0	01/07/2023 15:08
Volumen Corpuscular Medio	86.4		fl.		80.0 - 99.0	01/07/2023 15:08
Hemoglobina Corpuscular Media	30.7		pg		26.0 - 32.0	01/07/2023 15:08
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.5		g/dl		32.0 - 36.0	01/07/2023 15:08
Recuento de Plaquetas	342		x 10^3/ul		150 - 450	01/07/2023 15:08
Neutrofilos %	56.7		%		50.0 - 70.0	01/07/2023 15:08
Linfocitos %	40.6		%	*	20.0 - 40.0	01/07/2023 15:08
Monocitos %	2.7		%		1.0 - 8.0	01/07/2023 15:08
Eosinofilos %	0.00		%	*	3.00 - 7.00	01/07/2023 15:08
Basofilos %	0.00		%		0.00 - 1.00	01/07/2023 15:08
Neutrofilos #	4.86		x 10^3/ul		2.00 - 7.80	01/07/2023 15:08
Linfositos #	3.48		x 10^3/ul		0.60 - 4.10	01/07/2023 15:08
Monocitos #	0.22		x 10^3/ul		0.10 - 1.80	01/07/2023 15:08
Eosinofilos #	0.00		x 10^3/ul	*	0.30 - 0.70	01/07/2023 15:08
Basofilos #	0.00		x 10^3/ul		0.00 - 0.10	01/07/2023 15:08
Volumen Plaquetario Medio	8.3		fl.		7.4 - 10.4	01/07/2023 15:08
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	44.0		fl.		39.0 - 46.0	01/07/2023 15:08
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.0		%		11.5 - 14.5	01/07/2023 15:08
PDW	15.4					01/07/2023 15:08
PCT	0.283		%			01/07/2023 15:08

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106916

BIOQUIMICA					
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	91.0	mg/dl		74.0 - 106.0	01/07/2023 15:15
METODO: QUIMICA SECA.					
NITROGENO UREICO	7.00	mg/dl	*	9.00 - 20.00	01/07/2023 15:15

9

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 861 3405 Neiva

Informe preliminar

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-07-01 15:01

Paciente

RIVERA VALBUENA ALEJANDRO
1077720766
Masculino
22 Años

Orden No. 202307010007

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
BIOQUIMICA				
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1.0	mg/dl	0.7 - 1.3	01/07/2023 15:15
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	16.70	seg	11.30 - 18.30	01/01/0001 00:00
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	39.90	seg *	22.00 - 38.00	01/01/0001 00:00
INR	1.06			01/01/0001 00:00

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP:57106910

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.07.24
HORA:	15:12:32
PAGINA No:	1

Numero: 80480 Fecha Ex. 01/07/23 Hora 16:48
Nombre Paciente: 1077720766 RIVERA VALBUENA ALEJANDRO
Dirección: VEREDA LA ULLOA Telefono:3203072596 Edad:22 A Sexo:M
Medico: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo derecho y placa lateral en semi flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

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 solamente se observa la columna cervical hasta C4.
Los cuerpos vertebrales superiores tienen altura alineamiento y densidad ósea normales.
Los espacios intervertebrales y los contornos óseos del canal medular están conservados.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA

*HALLAZGOS

Hay una proyección AP y lateral de la columna dorsal observándose en la proyección AP alineamiento normal de la columna dorsal sin curvas escolióticas.
Los pedículos de las vértebras dorsales aparentes en el examen no muestran cambios.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la columna lumbosacra observándose adecuado alineamiento de la columna, sin curvas escolióticas.
Lo pedículos de las vértebras lumbares son normales.
En la placa lateral los cuerpos vertebrales lumbares presentan altura alineamiento y densidad ósea normales.
Los espacios intervertebrales y los contornos óseos del canal medular están conservados.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

*HALLAZGOS

Proyección PA y lateral del tórax en la que se advierte múltiples artefactos radio opacos ante puesto.
Los hilios y el trauma bronco vascular del tórax son normales.
No hay focos pulmonares consolidativos.
Mediastino magnificado con pedículo cayado aórtico dentro de limites normales.

RADIOGRAFIA DE PELVIS

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.07.24
HORA:	15:12:32
PAGINA No:	2

Numero: 80480 Fecha Ex. 01/07/23 Hora 16:47
Nombre Paciente: 1077720766 RIVERA VALBUENA ALEJANDRO
Dirección: VEREDA LA ULLOA Telefono:3203072596 Edad:22 A Sexo:M
Medico: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

*HALLAZGOS

Proyección AP neutra de la pelvis derecha igualmente muestra múltiples elementos metálicos super puesto que disminuye la sensibilidad del examen.
Los iliacos el anillo óseo pélvico, la sínfisis del pubis y las ramas iliacas no muestran cambios.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se anota ligero edema de los tejidos blandos de las regiones frontales basales bilaterales.
No se identifica focos de fracturas de la calota craneana.
Cavidades aéreas observados en los planos basales con transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
La cisterna de la base el sistema ventricular cortical presenta morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.
Advirtiéndose en el examen no se realizó con angulación orbito neonatal usual.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.
Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.
Presencia de irregularidad del puente nasal con soluciones de continuidad especialmente del ala izquierda sugestiva a corresponder a trauma óseo a este nivel para correlacionar.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares tienen aspecto satisfactorio anotándose depresión del contorno anterior del seno maxilar izquierdo.
Moderado engrosamiento mucoperiostico de la mucoso de los senos maxilares de predominio y los senos maxilar derecho.
No se advierte otras irregularidades.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.07.24
HORA:	15:12:32
PAGINA No:	3

FIRMA _____

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

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

Neiva, 01 JUL 2023

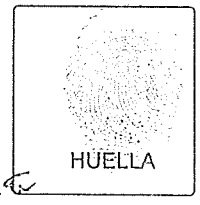
Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo ALEJANDRO RUEDA UALBUENA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1077720766, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad LA EQUIDAD SEGUROS, producto de las atenciones prestadas desde 01/07/2023 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente



Alejandro Rueda

Firma
Nombre: ALEJANDRO RUEDA UALBUENA
c.c. 1077720766

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2022-12-29
VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2022-12-30
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2023-12-29

PLACA No.: KHQ11G
CLASE VEHÍCULO: MOTOS
SERVICIO: PARTICULAR
CILINDRADA CC: 124
MODELO: 2023

MARCA: VICTORY
LÍNEA: MRX125 PRO
CARROCERÍA:

No. MOTOR: ZS152FMI55P100966
No. CHASIS: 9GFJCJLJ6PKM32021
No. VIN: 9GFJCJLJ6PKM32021
CAPACIDAD: 0.00

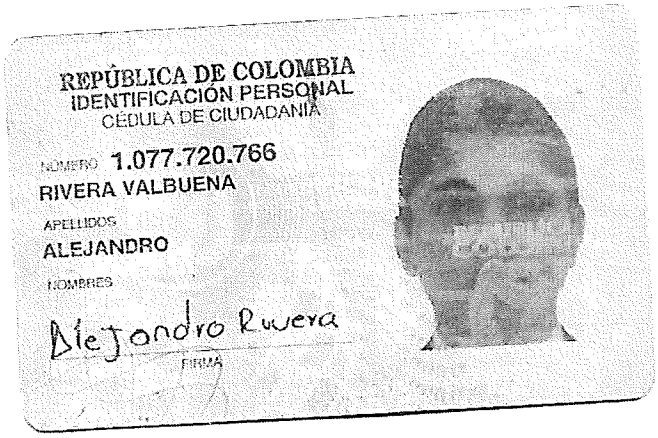
TOMADOR: RIVERA VALBUENA ALEJANDRO
TELÉFONO DEL TOMADOR: 3203072596
TIPO DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC
No. DOCUMENTO DEL TOMADOR: 1077720766
CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

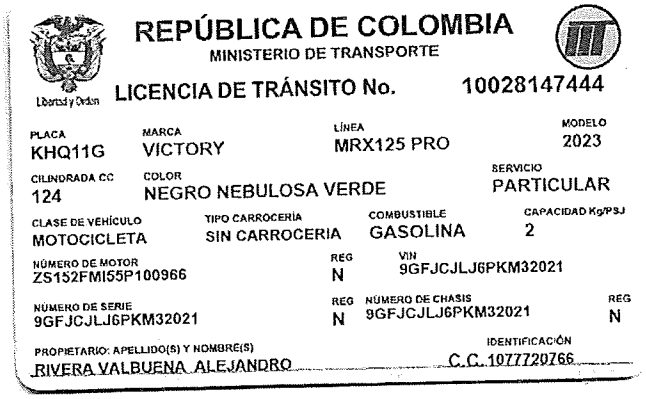
AGENCIA: AT1E01
SUCURSAL: 0012
CLASE PRODUCTOR: 1201
No. FORMULARIO: 0
CIUDAD EXPEDICIÓN: NEIVA

TARIFA: 120
PRIMA SOAT: $ 181600
CONTRIBUCIÓN: $ 94400
TASA RUNT: $ 2100

TOTAL A PAGAR: $ 278100

AMPAROS POR | HASTA
GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS | 800* SALARIO
INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 S
MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 MÍNIMOS
GASTOS DE TRANSPORTE | LEGALES





SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2022-12-29

VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2022-12-30

HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2023-12-29

	PLACA No. KH011G	CLASE VEHÍCULO MOTOS	SERVICIO PARTICULAR	CILINDRAJE/CC 124	MODELO 2023	
PASAJEROS 2	MARCA VICTORY	LÍNEA MRX125 PRO		CARROCERÍA		
No. MOTOR E3152FMJ55P150982	No. CHASIS 9GFJCJLJ6PKM32021	No. VIN 9GFJCJLJ6PKM32021		CAPACIDAD TON 0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR RIVERA VALBUENA ALEJANDRO		TELEFONO DEL TOMADOR 3203072596	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 1077720766	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR NEIVA	
CLINICA DE REFERENCIA AT1501	No. LICENCIA DE CONDUCCIÓN 3012	CLASE PRODUCTOR 1201	No. FORMULARIO 0	CIUDAD EXPEDICIÓN NEIVA		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	TASA RUNT	AMPARADO POR	HASTA	
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100	GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS	800*	SALARIO
TOTAL A PAGAR				INCAPACIDAD PERMANENTE	180	S
$ 278100				GASTOS DE SEPELIO Y GASTOS FUNERARIOS	750	MÍNIMOS
				GASTOS DE TRANSPORTE	10	LEGALES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-2001

NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

31-JUL-2019 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1900160-01039783-M-1077720766-20190928 0067913567A 4 51769078

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ****** | POTENCIA HP 9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902022000205945 | VE | FECHA IMPORT. 07/12/2022 | PUERTAS 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - RED YA S.A.S

FECHA MATRÍCULA 06/01/2023 | FECHA EXP. LIC. TTO. 06/01/2023 | FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT0700219262 4

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	KHQ11G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028147444	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	MRX125 PRO
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO NEBULOSA VERDE
NÚMERO DE SERIE:	9GFJCJLJ6PKM32021	NÚMERO DE MOTOR:	ZS152FMI55P100966
NÚMERO DE CHASIS:	9GFJCJLJ6PKM32021	NÚMERO DE VIN:	9GFJCJLJ6PKM32021
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	06/01/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8098686300	29/12/2022	30/12/2022	29/12/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:32:13 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. FEC149610

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-25 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
928172a459add297dad67abb934a1b21e96d611e67da551bf2b de11c1423623cd7eb181de0379a43ccab60e952e200f3

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2812038

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-08-24 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
cc0ff01894c7d5a5747f3f8ec34b64cbbbc6f74978d74dc3da4e08 92767f286d81e002fdfa1bb1ccde7887f3b015b564

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-25 11:01:55.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC149610

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-25 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
928172a459add297dad67abb934a1b21e96d611e67da551bf2b de11c1423623cd7eb181de0379a43ccab60e952e200f3

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

CUDE:
b65f38e1e5275134aa8d752c5aa069a72150718863481c80835 f9ab68d7ae850a8ee3f9603b16463b18ef8a72aec8f81

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-25 04:06:45.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
2809ab83bfbdcf0d707ae00db143213eab39dce54810d99fc8c5 b98f0af5fffaa098cb5096a11253ffdc9e3c9585e007

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-31 01:37:46.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:32:13 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. FEC149610

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-25 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
928172a459add297dad67abb934a1b21e96d611e67da551bf2b de11c1423623cd7eb181de0379a43ccab60e952e200f3

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
d81a6c405066ed92f980537be9eb898a1677271df095843cd1b 5b1a4505b7b9a5562e59f7505a6ffbb36b0162e93b65a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-31 01:37:59.000 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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.29	15:02:43	2023.08.28

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49887

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) — **TIPO CONTRATO** — **VIA DE INGRESO**

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO — EVENTO — AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA — TELEFONO: 8713072 — ORDEN SS 163638

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.07.25 - 16:39	2023.07.26 - 13:52

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: RC - 1076918963 CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE — EDAD : 7 Años

DIRECCION: CLL 3 N. 2-26 VILLAVIEJA — TELEFONO: 3123101354

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	26-Jul-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	RPP	1	584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	26-Jul-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	335,500	335,500
39121	GRUPO 10	26-Jul-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	159,000	159,000
39212	GRUPO 10	26-Jul-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	26-Jul-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	26-Jul-2023	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	291,400	291,400
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	26-Jul-2023	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	172,100	172,100
39119	GRUPO 08	26-Jul-2023	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	76,300	76,300
39210	GRUPO 08	26-Jul-2023	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	26-Jul-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
248800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
	MASCARA LARINGEA # 2.5 DESECHABLE								1	48,000	48,000
361916	MASCARA FACIAL # 3								1	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								5	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								5	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								2	0	0
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
52222-01	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								39	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								24	0	0
OTROS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 — **ina vigencia de: 12 Meses**

Modalidad ELECTRONICA D — **000 Autoriza**

Cufe: 11aaca403e68fbb24154b4a0b742eb7f757269b6e0e17e — .d4dfb0beab77

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I — JJILL [illegible] 51 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F — A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
7 de Septiembre del 2023
20181655

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.29	15:02:43	2023.08.28

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49887

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 163638
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.07.25 - 16:39 | 2023.07.26 - 13:52

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1076918963 CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE EDAD : 7 Años
DIRECCION: CLL 3 N. 2-26 VILLAVIEJA TELEFONO: 3123101354

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	26-Jul-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	RPP	1	584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	26-Jul-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	335,500	335,500
39121	GRUPO 10	26-Jul-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	159,000	159,000
39212	GRUPO 10	26-Jul-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	26-Jul-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	26-Jul-2023	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	291,400	291,400
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	26-Jul-2023	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	172,100	172,100
39119	GRUPO 08	26-Jul-2023	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	76,300	76,300
39210	GRUPO 08	26-Jul-2023	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	26-Jul-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
248800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
	MASCARA LARINGEA # 2.5 DESECHABLE								1	48,000	48,000
361916	MASCARA FACIAL # 3								1	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								5	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								5	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								2	0	0
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
52222-01	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20059724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								39	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								24	0	0
OTROS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 11aaca403e66fbb7415b4a0b742eb7f757269b6e0e17eda50690ca9f848e92aa7211e23478cf5bcd7f1d4df30beab77

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

28

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.29	15:02:43	2023.08.28

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49887

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.07.26	890202		RPP				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.07.26	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	4,047,000	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,047,000

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora valldacion DIAN 2023.07.29 03:04:54 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR: GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: [illegible]

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:	49887
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,872,300
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 174,700
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: FEC1- 49887

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CHARRY	TOLEDO

1er.Nombre	2do.Nombre
SAMUEL	FELIPE

Tipo de Documento: CC CE PA TI RC[X] AS MS

No. Documento: 1076918963

De: 41872 Fecha de Nacimiento: 2016/04/25 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: CLL 3 N. 2-26

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123101354

Municipio: VILLAVIEJA Cod. 872

Condicion del accidentado: [ ] Conductor [ ] Peaton [X] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 12 VIA VILLAVIEJA DESIERTO

Fecha Evento/Accidente: 2023/07/25 Hora: 12:20

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: VILLAVIEJA Cod. 872 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DEL MOTOCARRO CON PLACA 029ABD QUIEN PIERDEN EL CONTROL DEL MOTOCARRO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y SE VOLCA SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: BAJAJ Placa: 029ABD

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8088925700 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/10/8 Hasta: 2023/10/7

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
VANEGAS	GIL

1er.Nombre	2do.Nombre
ANA	MARIA

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1081182491

Direccion: CARRERA 5 N 6 01

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: 3132079799 Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CHARRY	CONDE
1er.Nombre	**2do.Nombre**
EDGAR	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 4949927

Direcci¾n: CARRERA 5 N 6 01

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3132079799

Municipio: VILLAVIEJA **Cod.** 872

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/07/25 a las 14:33

Prestador que remite: ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO **C¾digo de inscripci¾n:** 418720056601

Direccion: CAR 3 N 3 -17 **Telefono:** 8797542 HUILA-VILLA VIEJA

Profesional que Remite: DIANA FERNANDA PRADA CHAVA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/07/25 a las 14:48

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/07/25 **a las** 16:39 **Fecha de Egreso:** 2023/07/26 **a las** 13:52

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S010 HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

Diagnostico relacionado de Egreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ANGELICA	MARIA
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
PRADA	GOMEZ

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 55302763

N·mero de Registro de MÚdico 55302763

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4047000	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

29

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.07.25 — HORA DE INGRESO: 16:39
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.07.26 — HORA DE EGRESO: 13:52
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
CONFIRMADO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.07.25-17:01:46 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DEL MOTOCARRO CON PLACA 029ABD QUIEN PIERDEN EL CONTROL DEL MOTOCARRO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y SE VOLCA SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 04:50 pm
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE VILLAVIEJA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY , OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.
EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 100 FR: 22 TEMP: 36 TALLA: 120 PESO: 20 IMC: 14 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. HERIDA COMPLEJA CON PERDIDA DE SUSTANCIA EN CUERO CABELLUDO EN REGION OCCIPITAL, CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO CON BORDES EVERTIDOS CON CONTAMINACION.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, CON DOLOR LEVE A LA MOVILIZACION Y A LA PALPACION.
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MUMURLLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION,
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA Y DOLOR EN RODILLA DERECHA. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15, CEFALEA GLOBAL.
<<PIEL>>
HERIDA COMPLEJA CON PERDIDA DE SUSTANCIA EN CUERO CABELLUDO EN REGION OCCIPITAL, CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO CON BORDES EVERTIDOS CON CONTAMINACION.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 7 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA, PT Y TPT
TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
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
- VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA, NEUROCIRUGIA.
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 10 CC CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR 330 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PSAR A 20 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.07.25-17:10:52 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 17:03 / 17:10 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE HERIDA SUTURADA EN CUERO CABELLUDO EN REGION OCCIPITAL, SE OBSERVA HERIDA PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

*** FECHA: 23.07.25-17:51:09 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE: no singos de coecciones, no hemorragias, cisternas dela base abiertas, linea media conservada.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL: no singos de deslizamientos, ni acuñamientos.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL: no luxacion no fractura. relaciones articulares conservadas.

*** FECHA: 23.07.25-19:29:10 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 REMITIDO DE PRIMER NIVEL AL INGRESO SE ATIENDE SE CONTINUA MANEJO SE TOMA IMAGENES ENCONTRÁNDOSE NORMALES, PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y NEUROCIRUGIA, POR DOLOR EN RODILLA DERECHA SE CARGA VALORACCION POR ORTOPEDIA, 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.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PLAN:
PENDIENTE VALORACCION POR CIRUGIA PLASTICA Y NEUROCIRUGIA.
SS VALORACION POR TRAUMATOLOGIA.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.
CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CUALQUIER ALTERACION.

*** FECHA: 23.07.25-20:08:34 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CABEZA , COLUMNA CERVICAL Y RODILLA DERECHA , AL EXAMEN FISICO: CABEZA MHERIDA OCCIPITALK, CON PUMTOS DE AFRONTAMIENTO. COLUMNA CERVICAL DOLOR DIFUSO, BUENA MOVILIDAD . RODILLA DERECHA EDEMAS Y DOLOR EN CARA ANTERIOR . BUENA MOVILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDA CABEZA
CONTUSIONES MULTIPLES
PLAN: SALIDA POR ORTOPEDIA
MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA

*** FECHA: 23.07.25-21:20:10 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PARACLINICOS DE: 25/07/2023

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 17.81 %NEUTROFILOS: 88.9 % LINFOCITOS: 7.5 HEMOGLOBINA: 13.3 %HEMATOCRITO: 37.7 MCV: 84.5 MCH: 29.9 PLAQUETAS: 291.000 TIEMPOS: TP: 36.90 TPT: 36.50 INR: 3.34

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. TIEMPOS TP AUMENTADO RESTO NORMALES.

PACIENTE ESTABLE SIN SANGRADO ACTIVO

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

*** FECHA: 23.07.26-07:01:23 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ** .**

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. HERIDA COMPLEJA EN CUERO CABELLUDO.
2. TCE LEVE.
3. CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 120/70 FR: 18 T: 36.5, P: 81 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML , CANT: 1, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 10 CC CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PSAR A 20 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR 330 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 20 MG IV CADA 12 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- CONTINUAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO MEDICO, VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y VALORACION POR NEUROCIRUJANO.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS.
- NADA VÍA ORAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PENDIENTE VALORACIÓN POR NEUROCRIUGIA Y CIRUGIA PLASTICA
- VIGILANCIA NEUROLÓGICA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

*** FECHA: 23.07.26-07:51:25 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
PACIENTE EN QUIEN SOLICITAN VALORACION POR TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, QUIEN AL EXAMEN FISICO PRESENTA HERIDA AVULSIVA TIPO ESCALPE A NIVEL OCCIPITAL CON ABRASIONES CON TATUAJE PERILESIONAL, ASI MISMO CON ABRASIONES TATUADAS EN MALAR DERECHO Y A NIVEL FRONTALDERECHO
PLAN: PASAR A CIRUGIA

*** FECHA: 23.07.26-13:10:13 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA
PACIENTE QUIEN AYER HACIA LAS 12 M SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTOTAXI EN QUE SE MOVILIZABA NO ES CLARO SI HUBO PERDIDA DE CONOCIMIENTO, LA ABUELA DICE NO HA TENIDO CEFALEA NI EMESIS NI ALTERACIONES NEUROLOGICAS
AL EF
G 15 PINRAL SIMETRIA FACIAL NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO NO DOLOR A LA PALPACION CERVICAL HERIDA SUTURADA OCCIPITAL IZQUIERDA
TAC CEREBRAL SIMPLE, NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA NO FRACTURAS, HEMATOMA SUBGALEAL OCCIPITAL IZQUIERDO

A. PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEANAS POR TRAUMA Y SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS LUEGO DE 24 HS DE TRAUMA POR LO CUAL SE DA ALTA POR NEUROCIRUGIA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA PARA REINGRESO A URGENCIAS.

*** FECHA: 23.07.26-13:12:26 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. HERIDA COMPLEJA EN CUERO CABELLUDO.
2. TCE LEVE.
3. CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SIGNOS VITALES: TA: 90/60 FC 90 FR 18 T 36.7 SATO2: 95%

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA , YA DESCARTADO LESIONES POR NEUROCIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA. 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. 58693

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 20 DÍAS CON NEUROCIRUGIA, CON DOCTOR: CAMARGO.
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: 9.
1) CURACIÓN DE HERIDA SEGUN ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA.
2) EN ÁREAS DE CONTUSIÓN SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCIÓN, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACIÓN, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO.
4) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
6) RECOMENDACIONES: GUARDAR REPOSO, NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS, NO TRASNOCHAR, NO ASOLEARSE
7) CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA: -DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS. -VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS. -TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE. - DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO). - PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN. - DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE. - ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO QUE EMPEORE (INESTABILIDAD, MAREO...). - VISIÓN DOBLE O BORROSA. -PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD. - CONVULSIONES. - APARICIÓN DE SANGRE O LUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ
8) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
9) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

PLAN:
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA

***** FECHA: 23.07.26-13:12:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.26-13:12:39 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.07.26-13:34:14 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/60 FC: 90 FR: 20 TEMP: 36.2 TALLA: 120 PESO: 20 IMC: 14

** EXASMEN FISICO:
SE EVIDENCIA HERIDA AVULSIVA TIPO ESCALPE A NIVEL OCCIPITAL CON ABRASIONES CON TATUAJE PERILESIONAL, ASI MISMO CON ABRASIONES TATUADAS EN MALAR DERECHO Y A NIVEL FRONTAL DERECHO

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 13:14
PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CX PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.26-13:34:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.07.26-13:34:36 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/60 FC: 90 FR: 20 TEMP: 36.2 TALLA: 120 PESO: 20 IMC: 14

** EXASMEN FISICO:
SE EVIDENCIA HERIDA AVULSIVA TIPO ESCALPE A NIVEL OCCIPITAL CON ABRASIONES CON TATUAJE PERILESIONAL, ASI MISMO CON ABRASIONES TATUADAS EN MALAR DERECHO Y A NIVEL FRONTAL DERECHO

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 13:15
PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

***** FECHA: 23.07.26-13:47:47 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RAMIRO PERDOMO POLANCO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 13:20 / 13:45 DURACION: 00:24

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE) VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO

No. DESCRIPCION: 16012
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: HERIDA AVULSIVA TIPO ESCALPE A NIVEL OCCIPITAL CON ABRASIONES CON TATUAJE PERILESIONAL, ASI MISMO CON ABRASIONES TATUADAS EN MALAR DERECHO Y A NIVEL FRONTAL DERECHO

DESCRIPCION:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLO
- ASEPSIIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58693

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA ESCALPE MENCIONADO CON PUNTOS SEPARADOS
- POR VIA 2, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.07.26-13:52:42 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
EVOLUCION POP SATISTFATORIA ALTA C PLASTICA

** ANALISIS PLAN:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN JARABE DAR 10 CC CADA 6HORAS SEGUN DOLOR

** ORDENES MEDICAS:
CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR RAMIRO PERDOMO, SOLICITAR CON ANTELACION.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
-
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON ISODINE SOLUCION O MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, ETC). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

RETIRO DE PUNTOS EN 12 DIAS
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: C PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.26-13:52:19 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. 58693

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

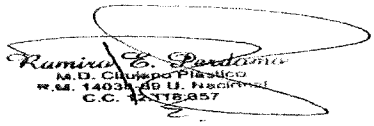
PACIENTE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE

DOC.IDENT:	RC 1076918963	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 3 N. 2-26		
FCHA.NACTO:	2016.04.25	EDAD:	7 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3123101354
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

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@. RAMIRO PERDOMO POLANCO
REG. MED: 1403889

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16012

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -163638 Fecha 26/07/23

Nombre Paciente: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE 1076918963 Edad: 7 Sexo: M

Hora inicio 13:20 Hora fin: 13:45 Duraci¾n: 00:24 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: RPP- RAMIRO PERDOMO POLANCO Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion PAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S010-HERIDA DEL CUERO CABELLUDO	1. S010-HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	RPP	1 - 1i Interv 100%
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	RPP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS: HERIDA AVULSIVA TIPO ESCALPE A NIVEL OCCIPITAL CON ABRASIONES CON TATUAJE PERILESIONAL, ASI MISMO CON ABRASIONES TATUADAS EN MALAR DERECHO Y A NIVEL FRONTAL DERECHO

DESCRIPCION:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLO
- ASEPSIIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA ESCALPE MENCIONADO CON PUNTOS SEPARADOS
- POR VIA 2, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Ramiro E. Perdomo
M.D. Cirujano Plástico
R.M. 14036-89 U. Nacional
C.C. 12.118.857

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076918963

ADMISION N_: 163638

NOMBRE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE **Num. Id-:** RC 1076918963

FECHA NACIMIENTO: 2016.04.25 **EDAD:** 7 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.07.26 **HORA DE INGRESO:** 13:34:14 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.26 13:34

DIRECCION: CLL 3 N. 2-26 **CIUDAD:** VILLAVIEJA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123101354

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** OFELIA TOLEDO

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.07.26

<< REGISTRO: 13:34:14 >> (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA

"PARA LA CIRUGIA"

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<2023.07.25-17:01:46>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 163570

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2023.07.26-14:58:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 163638

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 100/60 **FC:** 90 **FR:** 20 **Tmp:** 36.2 **PESO:** 20 **TALLA:** 120

EXAMEN FISICO

SE EVIDENCIA HERIDA AVULSIVA TIPO ESCALPE A NIVEL OCCIPITAL CON ABRASIONES CON TATUAJE PERILESIONAL, ASI MISMO CON ABRASIONES TATUADAS EN MALAR DERECHO Y A NIVEL FRONTAL DERECHO

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076918963

ADMISION N_: 163638

NOMBRE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE **Num. Id-:** RC 1076918963

FECHA NACIMIENTO: 2016.04.25 **EDAD:** 7 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.07.26 **HORA DE INGRESO:** 13:34:14 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.26 13:34

DIRECCION: CLL 3 N. 2-26 **CIUDAD:** VILLAVIEJA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123101354

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** OFELIA TOLEDO

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S010 HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

EVOLUCION

NOTA RETROSPECTIVA 13:14

PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CX PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.26-13:34:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CX PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2023.07.26 **HORA DE EGRESO:** 13:34:12 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Ramiro E. Perdomo
M.D. Cirujano Plastico
R.M. 14035-89 U. Nacional
C.C. 12.118.357

Dr. RAMIRO PERDOMO POLANCO
Registro Medico: 1403889

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

13

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 163638 - 10000

NOMBRE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE C.C. -TI-RC-OTRO 1076918963

EDAD: 7 A FECHA DE NACIMIENTO: 2016.04.25 SEXO: M

DIRECCION: CLL 3 N. 2-26 TELEFONO: 3123101354

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: OFELIA TOLEDO TELEFONO: 3123101354

FECHA: 2023.07.26

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: SUTURA DE AVULSION PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.07.25-17:01:46>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 163570

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><<2023.07.26-14:58:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 163638

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 98/49 **FC:** 104 **FR:** 25 **PESO:** 24 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
GRAN HERIDA EN REGION OCCIPITAL MEDIA, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS, CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYORD E 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMOANRES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
SIN ALTERACION

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 163638 - 10000

NOMBRE: CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE C.C. -TI-RC-OTRO 1076918963

EDAD: 7 A FECHA DE NACIMIENTO: 2016.04.25 SEXO: M

DIRECCION: CLL 3 N. 2-26 TELEFONO: 3123101354

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: OFELIA TOLEDO TELEFONO: 3123101354

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S080
AVULSION DEL CUERO CABELLUDO

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

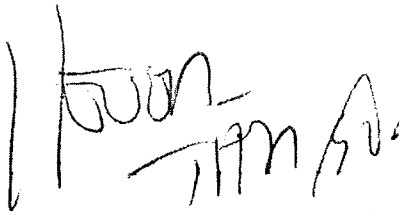
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.07.26 **HORA:** 12:50:45

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Chamy	Toledo	Samuel Felipe	1076918963

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
26 7 23	7	H ☒ M ☐	1.20	20	1 2 3 4 5 U

SERVICIO: C | SALA O CUARTO: | No. DE CAMA: | ANESTESIAS PREVIAS:

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Herida tipo Fractura + Cuerpo extraño

OPERACION PROPUESTA: Desbridamiento + toma cultivo

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

Dolor - NO
Cx - NO
AA - NO

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA — DIENTES N — CUELLO N

IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
X	GENERAL

Anestesia general balanceada

ESTADO PSICOLOGO: Alerta

PREFIERE / ACEPTA / RECHAZA — NECESITA SANGRE: NO C.C. — PREMEDICACION: NO

FIRMA:

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: S

REPARACION: E A C

42	40	38	36	34	32	30	28	26
180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10

HORA: 4pm

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA	Negativa
REFLEJOS	Positivo
MOTILIDAD	Positivo

RECUPERACION	
CONCIENCIA	
DIURESIS	
SENSIBILIDAD	
PIEL	

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

COMENTARIOS: Ingresa vivo a sala de recuperacion bajo estricto bloqueo se cumplen

TOTALES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejoria

FIRMA:

10

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

CIRUJANOS

ANESTESIOLOGOS

TIEMPO DE AYUNO — LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA — LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION — CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

% 10 120 20 160 30 170 16 150 14 130 12 110 10 90 8 70 6 50 4 30 2 10

I OT No ____ ▽
I NT No ____
E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 Fent
7 Halo
8 Tubocur
9 Prop
10 Prop
11 ____
12
13
14
15
16

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

TOTAL C.C. C.C.

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTALES

1 2 3 4
5 6 50mg 7 10 8 20
9 60 10 1g 11 20 12
13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR

AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,26-Jul-2023 14:47:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.07.2 16:39

001 0 SOAT OTRO REGIMEN 7 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1076918963 CHARRY TOLEDO SAMUEL FELIPE 1 NIVEL I VILLAVIEJA CLL 3 N. 2-26 3123101354

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.07.26	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2023.07.26	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA	LLR	1.00
2023.07.26	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	39.00
2023.07.26	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN	LLR	10.00
2023.07.26	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	2.00
2023.07.26	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.07.26	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LLR	24.00
2023.07.26	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LLR	10.00
2023.07.26	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	100.00
2023.07.26	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	2.00
2023.07.26	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	100.00
2023.07.26	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2023.07.26	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	LLR	1.00
2023.07.26	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2023.07.26	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2023.07.26	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	1.00
2023.07.26	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	1.00
2023.07.26	INT	MASCARA	MASCARA LARINGEA # 2.5 DESECHABLE	LLR	1.00
2023.07.26	KR	UNIDAD	MASCARA FACIAL # 3	LLR	1.00
2023.07.26	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	LLR	10.00
2023.07.26	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	5.00
2023.07.26	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2023.07.26	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	1.00
2023.07.26	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	5.00
2023.07.26	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	5.00



E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
• Remisión No. 10011737
Historia Clínica No.
1076918963

Fecha de remisión martes, 25 de julio de 2023 **Institución a la que se contrarremite** 410010056201
Razon Social HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
SAMUEL FELIPE CHARRY TOLEDO	RC: 1076918963	25-abr-2016	COLOMBIA	HUILA	VILLAVIEJA	7 Años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
CALLE 3 # 2 - 26, BRISAS	3123101354	HUILA	VILLAVIEJA	U

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable: **Documento:** CC:
Dirección de residencia: **Teléfono:**
Departamento: 00 **Ciudad:** 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	martes, 25 de julio de 2023	**Fecha de Egreso:**	martes, 25 de julio de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	NEUROCIRUGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	14:33	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Prioritaria

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
SE ACCIDENTÓ Y SE ABRIÓ LA CABEZA.

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD, QUE INGRESA EN COMPAÑÍA DE PROFESOR, QUIEN REFIERE HACIA LAS 12:20 HS SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, A NIVEL DEL KILÓMETRO 12 DE LA VÍA QUE COMUNICA VILLAVIEJA CON EL DESIERTO, EL MÓVIL PIERDE ESTABILIDAD DADO EL TERRENO EN LA VÍA, VOLCÁNDOSE Y SUFRIENDO TRAUMA EN CABEZA A NIVEL DE REGIÓN PARIETAL AXIAL, CON SANGRADO ABUNDANTE. NIEGA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA

PERSONALES
- Nefropatias
- Diabetes Tipo III
- Diabetes Tipo II
- Infertilidad
- Preeclampsia
- Tuberculosis
- P.A.I. Completo
- Migraña
- Otro tipo de Antecedente
- Menopausia
- Menarquia
- Cardiopatias
- Hipertensión
- Consumo de Alcohol
- Consumo de Drogas
- Violencia

FAMILIARES
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Otros
- Diabetes
- Tuberculosis
- Hipertension
- Cardiopatias

PATOLOGICOS
- NIEGA

FARMACOLOGICOS
- NIEGA

HOSPITALARIOS
- NIEGA

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10011737
Historia Clínica No.
1076918963

QUIRURGICOS
- NIEGA
TRAUMATICOS
- NIEGA
OBSTETRICOS
- Qx Genito-Urinaria
- Ultima Menstruación
- Abortos expontaneo consecutivo
- Gemelos
- Norplan
- Nacidos Muertos 1a Sem
- Anovulatorios parenterales
- Cuantos Viven
- Anovulatorios orales
- Nacidos Muertos > 1a Sem
- Nacivos Vivos
- Ultimo Previo > 4000 Gr
- Fin Gestación Anterior
- Ultimo Previo < 2500 Gr
- Nacidos Muertos
- Número de Gestas
- Número de Partos Vaginales
- Número de Cesareas
- Número de Abortos

TOXICOS
- NIEGA
ALERGICOS
- NIEGA
ODONTOLOGICOS
- Placa Calcificada NO PRESENTA
- Concepto FAVORABLE
- Estado periodontal GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA
- Diabetes Tipo I NO REFIERE
- Supernumerarios NO PRESENTA
- Placa Blanda LOCALIZADA EN POSTERIORES
- Patologia Pulpar NO PRESENTA
- Abrasion NO PRESENTA
- Manchas NO PRESENTA
- Aparatos en Boca NO PRESENTA
- Usa Seda dental NO LA UTILIZA
- Frecuencia Cepillado 3 VECES AL DIA REALIZADO POR EL MENOR
- Previa FLUOR y SELLANTES ACORDE CON LA EDAD
- Tratamiento Recibido LIMPIEZA
- Ultima Visita HACE MAS O MENOS 1 AÑO

OTROS
- NIEGA

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, conciente, colaborador. *Cabeza y Cuello: Se observa herida en cuero cabelludo de aproximadamente 10cm de longitud, con exposición de tabla ósea. Sangrado moderado. No se palpa hundimiento de la misma. *Ocular: Ojos con pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz. *O.R.L.: Mucosas húmedas, rosadas. *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 90 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 80 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 21 //Talla: 125 //I.M.C.: 13.44 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Principal (S099) TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
- Relacionado1: (V386)OCUPANTE DE VEHICULO DE MOTOR DE TRES RUEDAS LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10011737
Historia Clínica No.
1076918963

Analisis Dx PACIENTE CON TRAUMA EN CABEZA MAS HERIDA EN CUERO CABELLUDO, SIN DATO DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, GLASGOW 15/15, QUIEN REQUIERE ESTUDIO RADIOLÓGICO COMPLEMENTARIO, MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN EN INSTITUCIÓN DE MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD. SE REALIZA AFRONTAMIENTO DE HERIDA CON SUTURA CONTINUA.

NOTA PROCEDIMIENTO: SE REALIZA INFILTRACIÓN ANESTÉSICA CON XILOCAINA, SE PROCEDE A REALIZAR LAVADO EXHAUSTIVO DE LA HERIDA CON ABUNDANTE AGUA ESTÉRIL Y CLORHEXIDINA CON POSTERIOR COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES Y SUTURA CON SEDA Nº 3-0 EN UN TOTAL DE 16 PUNTOS DE SUTURA CONTINUA. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SANGRADO ESCASO.

Diagnóstico por el cual se remite: S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE CON TRAUMA EN CABEZA MAS HERIDA EN CUERO CABELLUDO, SIN DATO DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, GLASGOW 15/15, QUIEN REQUIERE ESTUDIO RADIOLÓGICO COMPLEMENTARIO, MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN EN INSTITUCIÓN DE MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD. SE REALIZA AFRONTAMIENTO DE HERIDA CON SUTURA CONTINUA.

Resultados Exames

PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD, QUE INGRESA EN COMPAÑÍA DE PROFESOR, QUIEN EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTOCARRO DE PLACA 029ABD DE MARCA BAJAJ SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO HOY (25/07/2023) HACIA LAS 12:20 HS, A NIVEL DEL KILÓMETRO 12 DE LA VÍA QUE COMUNICA VILLAVIEJA CON EL DESIERTO; EL MÓVIL PIERDE ESTABILIDAD DADO EL TERRENO EN LA VÍA, VOLCÁNDOSE Y SUFRIENDO TRAUMA EN CABEZA A NIVEL DE REGIÓN PARIETAL AXIAL, CON SANGRADO ABUNDANTE. NIEGA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.

A LA VALORACION:
PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, COLABORADOR.
MUCOSAS HUMEDAS ESCLERAS ANICTERICAS.
CABEZA: SE OBSERVA HERIDA EN CUERO CABELLUDO DE APROXIMADAMENTE 10CM DE LONGITUD, CON EXPOSICIÓN DE TABLA ÓSEA. SANGRADO MODERADO. NO SE PALPA HUNDIMIENTO DE LA MISMA.
CUELLO: NO SE PALPAN MASAS NO ADENOPATIAS, NO HAY INGURGITACION YUGULAR A 45 GRADOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS.
CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS
PULMONAR: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS NO RUIDOS AGREAGADOS, NO SE OBSERVAN TIRAJES, RESONANTE APERCUSION ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
GENITURINARIO: SE OMITE
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, REFLEJO PATELAR NORMAL PULSO PERIFERICOS PRESENTES Y SIMETRICOS, NO EDEMAS.
NEUROLOGICO: PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT APARENTE, SIN SIGNOS MENINGEOS.

DIANA FERNANDA PRADA CHAVA
MEDICO
Registro Medico No. 36312119

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1076918963
NOMBRES	SAMUEL FELIPE
APELLIDOS	CHARRY TOLEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	VILLAVIEJA

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	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/27/2023 14:52:58	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.949.927
CHARRY CONDE

APELLIDOS

EDGAR

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1966
VILLAVIEJA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ M
ESTATURA G.S. R.H. SEXO

29-MAR-1985 VILLAVIEJA
FECHA Y LUGAR DE LA EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
DELEGADO



A-1500100-00218216-M-0004949207 0610085SE 0021301710A 1 6700002147

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027436095

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
029ABD	BAJAJ	RE4S PETROL	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
196	BLANCO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCARRO	CARPADO	GASOLINA	4

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
AZXWNA30336	N	MD2A25BX0PWA60922

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
MD2A25BX0PWA60922	N	MD2A25BX0PWA60922	N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
VANEGAS GIL ANA MARIA	C.C. 1081102491

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	PASAJ	10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	LC	FECHA IMPORT.	PUERTAS
PV0012202200156	I	03/08/2022	4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
11/10/2022	11/10/2022	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

UND MCPAL TTOYTTE PALERMO



LT0700156486?

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022-10-07	2022-10-08	2023-10-07

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/KVA	MODELO
AUG852570	029ABD	MOTO CARGO	PARTICULAR	198	2023

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
4	BAJAJ	

LÍNEA VEHICULAR
RE4S PETROL

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
AZXWNA30336	MD2A25BX0PWA60922	MD2A25BX0PWA60922	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VANEGAS GIL ANA MARIA	3132079799	CC	1081182491	VILLAVIEJA

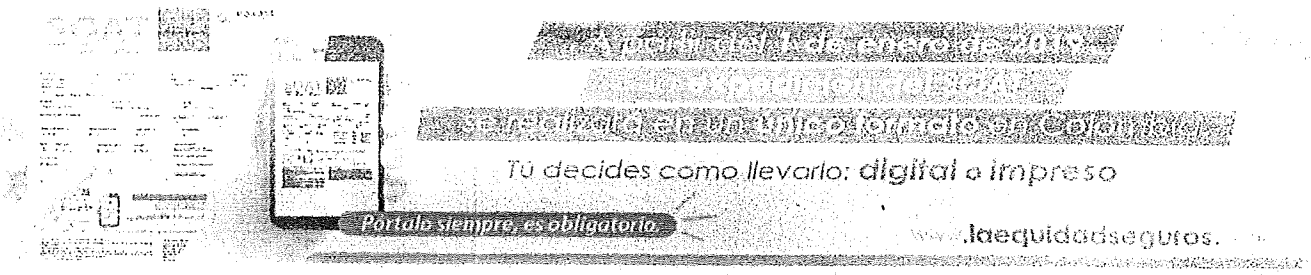
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

VALOR	PRIMA EXCESO	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
140	$ 411700	$ 214000	$ 2100

TOTAL A PAGAR
$ 627800

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerda portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito, el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•En el evento en el cual la compañía aseguradora no se requiere acudir a los entes

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	029ABD		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027436095	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCARRO

Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	RE4S PETROL
MODELO:	2023	COLOR:	BLANCO
NÚMERO DE SERIE:	MD2A25BX0PWA60922	NÚMERO DE MOTOR:	AZXWNA30336
NÚMERO DE CHASIS:	MD2A25BX0PWA60922	NÚMERO DE VIN:	MD2A25BX0PWA60922
CILINDRAJE:	198	TIPO DE CARROCERÍA:	CARPADO
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	11/10/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	4

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8088925700	07/10/2022	08/10/2022	07/10/2023	140	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.31	09:04:56	2023.08.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49908

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 163724
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.07.27 - 15:05 | 2023.07.27 - 16:24

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075303372 CRUZ ALARCON MARIA AMPARO | EDAD : 26 Años
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE NEIVA | TELEFONO: 3186126365
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13200	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE CUBITO O RADIO	27-Jul-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	27-Jul-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	27-Jul-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Jul-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
13212	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO	27-Jul-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	5,700	5,700
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								6	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								6	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								6	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								6	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
MEDICAMENTOS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 ***una vigencia de: 12 Meses***
Modalidad ELECTRONICA L ***0000 AUTORIZA***

Cufe: 8025227caebbb24f84847815e900a96d453fe292e1e9[illegible] c71aa2b45f77a

Recibido!
7 de Septiembre del 2023
20181665

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia [illegible] JJILLO Nit: 93.395.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta [illegible] COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.31	09:04:56	2023.08.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49908

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 163724

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.07.27 - 15:05	2023.07.27 - 16:24

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075303372 CRUZ ALARCON MARIA AMPARO
EDAD : 26 Años
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE NEIVA
TELEFONO: 3186126365
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13200	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE CUBITO O RADIO	27-Jul-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	27-Jul-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	27-Jul-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Jul-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
13212	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO	27-Jul-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	5,700	5,700
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								6	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								6	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								6	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								6	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
MEDICAMENTOS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 6d8e227ca6bbb24a8484f815e900a96d453fe2926e1e9bdfde4afae2cf17c01a4b4b8136f906ef035ca84c71aa2b45f77a

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.07.31	09:04:56	2023.08.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 49908

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								300	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19960774	BUPIROP 0,5% COMPUESTO AMP								1	0	0
19987766	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								15	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20013906	MORFINA CLORHIDRATO X 10 MGS/1ML								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								44	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								29	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.07.27	890202		FGR				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.07.27	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	2,145,900	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,145,900

SON: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.07.31 09:07:12 AM

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 80[illegible]7cadbbb24f848478[illegible]5e900a96d453fe2923c1e9bdfde4afae2cf17e21d4b4b813f906ef035cd4c71aa2b45f77a

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:	49908
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 247,800
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,898,100
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: FEC1- 49908

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CRUZ	ALARCON

1er.Nombre	2do.Nombre
MARIA	AMPARO

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS

No. Documento: 1075303372

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1997/03/29 Sexo: F[X] M

Direcci¾n: ASENT. DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3186126365

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: AVENIDA 26 CON CALLE 53

Fecha Evento/Accidente: 2023/02/27 Hora: 06:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA KHG75G, COLISIONA CON OTRA MOTO Y'CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: HONDA Placa: KHG75G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8092778800 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/11/10 Hasta: 2023/11/9

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CRUZ	ALARCON

1er.Nombre	2do.Nombre
MARITZA	

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 55178883

Direccion: ASENT DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3186126365 Total Folios: 0

38

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CRUZ	ALARCON

1er.Nombre	2do.Nombre
MARIA	AMPARO

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS **No. Documento** 1075303372

Direcci¾n: ASENT DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3186126365

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia BÃsica** [ ] **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: 2023/07/27 **a las** 15:05

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 2023/07/27 **a las** 16:24

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ALICIA	MARIA

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
DEL	PILAR ROA SER

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA **No. Documento** 1075269209

N·mero de Registro de MÚdico 1075269209

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2145900	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

3X

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.02.27 — HORA DE INGRESO: 07:33
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.07.27 — HORA DE EGRESO: 16:24
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO
CONFIRMADO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.02.27-07:50:58 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA KHG75G, COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 07+33
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CON HIPOVENTILACION BASAL DERECHA NO AGREGADOS , RESPIRACION SUPERFICIAL, DOLOR INTENSO EN REJA COSTAL DERECHA
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES EXTERNAS CON DOLOR A LA PALAPCION DE AREA LUMBAR. EXTREMIDADES: PRESENTA EDEMA Y DOLOR CON LIMITACION A LA MOVLIDAD EN MUÑECA Y MANO DERECHA. DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN CODO DERECHO. DOLOR EN ANNTEBRAZO DERECHO. NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
TAC DE TORAX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: UN GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG IM, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.02.27-08:01:02 MEDICO: / (JEFE ENF. MAV - MARIA ALEJANDRA SANABRIA VARGA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

33

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 07:51 / 08:00 DURACION: 00:09

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MARIA ALEJANDRA SANABRIA VARGA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD +POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE Y/O FAMILIAR BAJO PREVIA ASEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SE ADMINISTRA DICLOFENACO 75 MG IM EN GLUTEO DERECHO + ACETAMINOFEN 1 GR VIA ORAL SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 23.02.27-08:46:15 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA DE RADIO DISTAL DESPLAZADA, FRACTURA DE ESTILOIDES CUBITAL.
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: FRACTURA DE RADIO DISTAL DESPLAZADA, FRACTURA DE ESTILOIDES CUBITAL.
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA: NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL
TAC DE TORAX: NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS, NO TRAZOS DE FRACTURA

***** FECHA: 23.02.27-08:48:20 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 08:36 / 08:46 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOIR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR + CAEBSTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 23.02.27-08:48:31 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOIR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR + CAEBSTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 23.02.27-12:06:26 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PUÑO DERECHO Y COLUMAN LUMBAR ,
AL EXAMEN FISICO: PUÑO DERECHO DEFORMIDAD EDEMA Y DOLOR . COLUMNA LUMBAR DOLOR PARAVERTEBRAL DERECHO , BUENA MOVILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO
DX: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
SE RPOGRAMA PARA CIRUGIA
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DERECHO .
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS PARA RADIO DISTAL BLOQUEADAS ANGULO VARIABLE
DIA MARTES 28-02-2023
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

***** FECHA: 23.02.27-12:20:13 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE EGRESA PACIENTE CON LAS RESPECTIVAS INDICACIONES MEDICAS.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG MK TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS. SOLO EN CRISIS DE DOLOR. TOTAL 10 TABLETAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** OTROS:

CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA, APLICAR HIELO LOCAL, NO MOJAR NI RETIRAR EL YESO, ELEVAR EXTREMIDAD AFECTADA EN LA NOCHE PARA FAVORECER LA DESINFLAMACION, RECLAMAR LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES, DE NOTAR ALGUNA ANOMALIA CONSULTAR INMEDIATAMENTE.

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SS/ HEMOGRAMA, PT, PTT, GLUCOSA, BUN Y CREATININA

** ORDENES MEDICAS:

ASISTIR EL 28/02/2023 11 AM A SERVICIO DE HOSPITALIZACION
ANUNCIARSE EN RECEPCION
TOMAR UN DESAYUNO LIGERO ANTES DE LAS 6 AM, LUEGO NO COMER NI BEBER NADA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 30, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS, LUEGO SOLO SI HAY DOLOR, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

***** FECHA: 23.02.27-12:20:33 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.02.27-12:20:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

***** FECHA: 23.02.28-14:08:27 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE OSTEOSISTESIS DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/78 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS :
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.02.28-14:08:25 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.02.28-14:09:16 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE OSTEOSISTESIS DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/78 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN

29

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS :
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSISTESIS DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

***** FECHA: 23.02.28-18:45:22 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE TGRAIDA A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE RADIO Y CUBITO DERECHOS. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3.5 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

MORFINA CLORHIDRATO X 10 MGS/1ML , CANT: 1, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 8 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 23.02.28-20:28:40 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 19:30 / 20:20 DURACION: 00:49

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CUBITO Y RADIO VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

No. DESCRIPCION: 14920
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

INCISION: ANTERIOR EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO

HALLAZGOS: FRACTURA DE RADIO Y CIBITO DISTAL DERECHO

1. PAUSA DE SEGURIDAD
2. ANESTESIA GENERAL
3. SEPSIS Y ANTISEPSIA
4. COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
5. IDENTIFICACIO DE HALLAZGOS
6. REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL CON UNA PLACA DE RADIO DISTAL DE 2 H + 3 TORNILLOS DE CORTICAL +1 TORNILLO BLOQUEADO (CASA COMERCIAL TRAUMASUR)
7. SE VERICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
8. LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9%
9. CIERRE POR PLANOS DE LA HERIDA CON VICRYL Y PROLENE
10. REDUCCION CERRADA DE CUBITO DERECHO
10. SE DEJA GASAS CON ISODINE SOLUCION EN HERIDA Y SE CUBRE CON VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO
11. SIN COMPLICACIONES.
12. SANGRADO ESCASO.

***** FECHA: 23.02.28-20:28:46 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA AP/LATERAL

***** FECHA: 23.02.28-20:31:09 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE CONTROL POP INMEDIATO MUÑECA DERECHA FRACTURAS REDUCIDAS Y EN BUENA POSICION

** ANALISIS PLAN:

POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES
PLAN
HOSPITALIZAR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS PARA INICIAR EN HOSPITALIZACION

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalizaci¢n SERVICIO: CIRUGIA ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.02.28-20:30:54 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.03.14-10:06:45 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONSULTA ORTOPEDIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27/02/2023 CON OSTEOSINTESIS DE RADIO DERCHO+ REDUCCION CERRADA DE CUBITO DERECHO EL DIA 28/02/2023 ASISTE HOY CONTROL ORTOPEDIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : DOLOR LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE LA MUÑECA DERECHA CON HERIDA QUIEURGICA LIMPIA SECA NO SECRESION
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA AP/LATERAL}
TOMAR EN 1 MES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

SE INDICA TERAPIA FISICA
CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX

*** FECHA: 23.03.14-10:26:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
SE INDICA TERAPIA FISICA
CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.03.14-10:26:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.03.29 FIN: 2023.04.27

*** FECHA: 23.04.13-08:59:47 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
REFIERE DOLOR EN HOMBRO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27/02/2023 CON OSTEOSINTESIS DE RADIO DERCHO+ REDUCCION CERRADA DE CUBITO DERECHO EL DIA 28/02/2023 ASISTE HOY CONTROL ORTOPEDIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : LIMITACION PARA LA FLEXO EXTENSION DE LA MUÑECA CON LEVE DOLOR ALA MOVILIDAD CICATRIZ QUELOIDE DOLOR ALA MOVILIAD DEL HOMBRO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CONTROL 13/04/2023 MUESTRA FRACTURA ALINEADA CONSOLIDACION GRADO I-II

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL ORTOPEDIA EN 1 1/2 MES CON RX

** TERAPIAS:

** JUSTIFICACION **

SE INDICA TERAPIA FISICA 10 SESIONES MUÑECA DERECHA MANEJO DE LA MOVILIDAD
SE INDICA TERAPIA FISICA 10 SESIONES HOMBRO DERECHO

***** FECHA: 23.04.13-09:20:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
SE INDICA TERAPIA FISICA
CONTROL ORTOPEDIA EN 1 1/2 MES CON RX

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.13-09:20:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

24

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.05.25-09:20:29 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONSULTA ORTOPEDIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27/02/2023 CON TRAUMA DE HOMBRO DERECHO + OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO+ REDUCCION CERRADA DE CUBITO DERECHO EL DIA 28/02/2023 ASISTE HOY CONTROL ORTOPEDIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PRESENTA DOLOR ALA MOVILIDAD DE LA MUÑECA CON LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DEL PULGAR
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA AP/LATERAL
TOMAR EN 1 MES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX
ACETAMOFEN HIDROCODONA TOMAR 1 CDA 12 HORAS # 20

** TERAPIAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** JUSTIFICACION **
SE INDICA TERAPIA FISICA 10 SESIONES MUÑECA DERECHA

*** FECHA: 23.05.25-09:39:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
SE INDICA TERAPIA FISICA
CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX
ACETAMOFEN HIDROCODONA TOMAR 1 CDA 12 HORAS # 20

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: 2CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.25-09:39:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.05.28 FIN: 2023.06.26

*** FECHA: 23.06.26-09:45:34 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONSULTA ORTOPEDIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27/02/2023 CON TRAUMA DE HOMBRO DERECHO + OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO+ REDUCCION CERRADA DE CUBITO DERECHO EL DIA 28/02/2023 ASISTE HOY CONTROL ORTOPEDIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

MIEMBROS : PRESENTA DOLOR ALA MOVILIDAD DE LA MUÑECA CON LIMITACION DE LA EXTENSION DE LA MUÑECA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CONTROL 26/06/2023 MUESTRA FRACTURA ALINEADA CONSOLIDACION GRADO II-III

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR PARA RETIRO MATERIAL DE SINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO
TIEMPO QUIRURGICO 1 HORA
TESL 3186126365-3227290284

** TERAPIAS:

** JUSTIFICACION **
SE INDICA TERAPIA FISICA 10 SESIONES MUÑECA DERECHA

*** FECHA: 23.06.26-10:05:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
SE INDICA TERAPIA FISICA
PROGRAMAR PARA RETIRO MATERIAL DE SINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.26-10:05:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.06.27 FIN: 2023.07.26

*** FECHA: 23.07.27-15:05:28 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO DERECHO: CICATRIZ QX EN BUEN ESTADO, DOLOR A MOVILIDAD Y LIMITACION PARA LA EXTENSION.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PUÑO IZQUIERDO : FRACTURA DE RADIO CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS + FRACTURA DE CUBITO CONSOLIDADA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC EN BOLO Y LUEGO A MANTENIMIENTO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GRAMOS ANTES DE CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CANALIZAR

***** FECHA: 23.07.27-15:06:06 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.27-15:05:51 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. 56158

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

***** FECHA: 23.07.27-15:06:34 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO DERECHO: CICATRIZ QX EN BUEN ESTADO, DOLOR A MOVILIDAD Y LIMITACION PARA LA EXTENSION.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO

***** FECHA: 23.07.27-15:07:03 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
INSTRUMENTADOR(A): SINDY

HORA INICIAL/FINAL: 15:40 / 16:10 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 16025
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION: ANTERIOR PUÑO DERECHO DE 7 CM APROX.

HALLAZGOS: FRACTURA RADIO DISTAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS Y TEJIDO DE GRANULACION Y SECRECION SEROSA

DESCRIPCION QUIRURGICA

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD,VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO, BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASPESIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPÚMA Y SOLUCION , SE INCIDE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, PLANO MUSCULAR HASTA HUESO DONDE SE ENCUENTRA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, SE PROCEDE A RETIRAR TORNILLOS Y PLACA DEL RADIO DISTAL DERECHO ; SE REALIZA CURETAJE DE HUESO Y DESBRIDAMIENTO TEJIDO DE GRANULACION Y SE PRACTICA LAVADO CON 1000 CC DE SOLUCION SALINA NORMAL . SE REVISA HEMOSTASIA Y SE PROCEDE A CERRAR CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO. SE CUBRE CON GASA +ISODINE SOLUCION , SE INMOVILIZA CON VENDAJE CON ALGODON Y VENDAJE ELASTICO.
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.
SANGRADO ESCASO.

***** FECHA: 23.07.27-15:56:26 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTYE TRAIDA A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTYEOSINTESIS DE RADIO DERECHO. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 4 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

MORFINA CLORHIDRATO X 10 MGS/1ML , CANT: 1, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 7 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.07.27-16:24:59 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** ANALISIS PLAN:
PLAN
SALIDA CON MEDICACION
CONTROL CE EN 15 DIAS
INCAPACIDAD 15 DIAS
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 56158

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO

DOC.IDENT:	CC 1075303372	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	1997.03.29	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186126365
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** MEDICAMENTOS:

IBUPROFENOS X 400MG TABLETAS =20 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
CEFALEXINA X 500 MG TABLETAS = 20 TOMAR 2 TABLETA CADA 6 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS DR GARCIA
NO MOJAR VENDAJES NI QUITAR
VENIR POR URGENCIAS EN CASO DE COMPLICACION
LLAMAR A SOLICITAR LA CITA DE CONTROL CON ANTICIPACION.

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.27-16:24:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.981.582
R.M. No. 12462-42

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16025

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -163724 Fecha 27/07/23

Nombre Paciente: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO 1075303372 Edad: 26 Sexo: F

Hora inicio 15:40 Hora fin: 16:10 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MJJ- JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S526-FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS	1. S526-FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS INFECTADA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
13212	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO	FGR	1 - 1i Interv 100%
13200	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE CUBITO O RADIO	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION: ANTERIOR PUÑO DERECHO DE 7 CM APROX.

HALLAZGOS: FRACTURA RADIO DISTAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS Y TEJIDO DE GRANULACION Y SECRECION SEROSA

DESCRIPCION QUIRURGICA

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD,VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO, BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASPESIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPÚMA Y SOLUCION , SE INCIDE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, PLANO MUSCULAR HASTA HUESO DONDE SE ENCUENTRA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, SE PROCEDE A RETIRAR TORNILLOS Y PLACA DEL RADIO DISTAL DERECHO ; SE REALIZA CURETAJE DE HUESO Y DESBRIDAMIENTO TEJIDO DE GRANULACION Y SE PRACTICA LAVADO CON 1000 CC DE SOLUCION SALINA NORMAL . SE REVISA HEMOSTASIA Y SE PROCEDE A CERRAR CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO. SE CUBRE CON GASA +ISODINE SOLUCION , SE INMOVILIZA CON VENDAJE CON ALGODON Y VENDAJE ELASTICO.
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.
SANGRADO ESCASO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12162-52

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1075303372

ADMISION N_: 163724

NOMBRE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO **Num. Id-:** CC 1075303372

FECHA NACIMIENTO: 1997.03.29 **EDAD:** 26 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.07.27 **HORA DE INGRESO:** 15:05:28 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.27 15:05

DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3186126365

OCUPACION: 072 ENFERMEROS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.07.27

<< REGISTRO: 15:05:28 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<2023.01.31-12:19:50>>, (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL) H.U. 154288

* Patologicos: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR * Traumaticos: Niega * Medicamentos: QUETIAPINA - ESCITALOPRAM * Toxicos: Niega * Quirurgicos: RESECCION DE NODULO HEPATICO - CESAREA * Alergicios: Niega * FUR: 20/01/2023

--><<2023.02.27-07:50:58>>, (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL) H.U. 155611

* Patologicos: TRASTORNO DEPRESIVO * Traumaticos: Niega * Medicamentos:QUETIAPINA- ESCITALOPRAM * Toxicos: Niega * Quirurgicos: CESARE- RESECCION DE QUISTE PILONIDAL RESECCION DE HIPERPLASIA NODULAR HEPATICA * Alergicios: TRAMADOL * FUR: 27/01/2023

--><<2023.02.28-11:23:20>>, (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 155731

* Patologicos: TRASTORNO DEPRESIVO * Traumaticos: Niega * Medicamentos:QUETIAPINA- ESCITALOPRAM * Toxicos: Niega * Quirurgicos: CESARE- RESECCION DE QUISTE PILONIDAL RESECCION DE HIPERPLASIA NODULAR HEPATICA * Alergicios: TRAMADOL * FUR: 27/01/2023

--><<2023.02.28-19:03:09>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 155743

PATOLOGICOS: SINDROME DEPRESIVO EN TRATAMIENTO

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: RESECCION DE TUMOR HEPATICO, CESAREA, DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL 1 ANESTESIA RAQUDIEA Y UN BLOQUOE ANESTESICO SIN COMPLICACIONES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1075303372

ADMISION N_: 163724

NOMBRE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO **Num. Id-:** CC 1075303372
FECHA NACIMIENTO: 1997.03.29 **EDAD:** 26 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.07.27 **HORA DE INGRESO:** 15:05:28 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.27 15:05
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3186126365
OCUPACION: 072 ENFERMEROS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 15:05:28 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)
10 / NO APLICA
NUEVO

FARMACOLOGICOS: QUETIAPINA

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><2023.07.27-15:05:29>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 163724
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO EL DIA 27 DE JULIO DLE 2023

--->><2023.07.27-16:00:25>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 163724

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: RESECCION DE TUMOR DE HIGADO, OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO

ANESTESICOS: 2 ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: ALERGIA A TRAMADOL

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/75 **FC:** 72 **FR:** 20 **Tmp:** 36.6 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1075303372

ADMISION N_: 163724

NOMBRE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO **Num. Id-:** CC 1075303372
FECHA NACIMIENTO: 1997.03.29 **EDAD:** 26 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.07.27 **HORA DE INGRESO:** 15:05:28 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.27 15:05
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3186126365
OCUPACION: 072 ENFERMEROS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO DERECHO: CICATRIZ QX EN BUEN ESTADO, DOLOR A MOVILIDAD Y LIMITACION PARA LA EXTENSION.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

ANALISIS/PLAN
PLAN
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES
RX DE PUÑO IZQUIERDO : FRACTURA DE RADIO CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS + FRACTURA DE CUBITO CONSOLIDADA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC EN BOLO Y LUEGO A MANTENIMIENTO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GRAMOS ANTES DE CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CANALIZAR

<< REGISTRO: 15:06:06 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.27-15:05:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1075303372

ADMISION N_: 163724

NOMBRE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO **Num. Id-:** CC 1075303372
FECHA NACIMIENTO: 1997.03.29 **EDAD:** 26 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.07.27 **HORA DE INGRESO:** 15:05:28 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.27 15:05
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3186126365
OCUPACION: 072 ENFERMEROS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA-ORTOPEDIA
FECHA DE EGRESO: 2023.07.27 **HORA DE EGRESO:** 15:05:51 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 163724 - 10000

NOMBRE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO C.C. -TI-RC-OTRO 1075303372
EDAD: 26 A FECHA DE NACIMIENTO: 1997.03.29 SEXO: F
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE TELEFONO: 3186126365
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

FECHA: 2023.07.27 **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:** EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.01.31-12:19:50>>, (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL) H.U. 154288

* Patologicos: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR * Traumaticos: Niega * Medicamentos: QUETIAPINA - ESCITALOPRAM * Toxicos: Niega * Quirurgicos: RESECCION DE NODULO HEPATICO - CESAREA * Alergicios: Niega * FUR: 20/01/2023

--->><<2023.02.27-07:50:58>>, (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL) H.U. 155611

* Patologicos: TRASTORNO DEPRESIVO * Traumaticos: Niega * Medicamentos:QUETIAPINA- ESCITALOPRAM * Toxicos: Niega * Quirurgicos: CESARE- RESECCION DE QUISTE PILONIDAL RESECCION DE HIPERPLASIA NODULAR HEPATICA * Alergicios: TRAMADOL * FUR: 27/01/2023

--->><<2023.02.28-11:23:20>>, (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 155731

* Patologicos: TRASTORNO DEPRESIVO * Traumaticos: Niega * Medicamentos:QUETIAPINA- ESCITALOPRAM * Toxicos: Niega * Quirurgicos: CESARE- RESECCION DE QUISTE PILONIDAL RESECCION DE HIPERPLASIA NODULAR HEPATICA * Alergicios: TRAMADOL * FUR: 27/01/2023

--->><<2023.02.28-19:03:09>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 155743

PATOLOGICOS: SINDROME DEPRESIVO EN TRATAMIENTO

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: RESECCION DE TUMOR HEPATICO, CESAREA, DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL

ANESTESICOS: 1ANESTESIA GENERAL 1 ANESTESIA RAQUDIEA Y UN BLOQUOE ANESTESICO SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: QUETIAPINA

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2023.07.27-15:05:29>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 163724

RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO EL DIA 27 DE JULIO DLE 2023

--->><<2023.07.27-16:00:25>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 163724

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 163724 - 10000

NOMBRE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO C.C. -TI-RC-OTRO 1075303372

EDAD: 26 A FECHA DE NACIMIENTO: 1997.03.29 SEXO: F

DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE TELEFONO: 3186126365

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2023.07.27 EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO

CARDIOVASCULARES:

PULMONARES:

ANESTÉSICOS:

QUIRÚRGICOS:

FARMACOLÓGICOS:

TÓXICO - ALÉRGICOS:

OTROS:

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: RESECCION DE TUMOR DE HIGADO, OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO

ANESTESICOS: 2 ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: ALERGIA A TRAMADOL

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 132/56 **FC:** 79 **FR:** 21 **PESO:** 76 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
CICATRIZ QUIRURGICA EN ANTEBRAZO DERECHO POR REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE RADIO

OTROS:
SIN ALTERACION

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

10

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N.: 163724 - 10000

NOMBRE: CRUZ ALARCON MARIA AMPARO C.C. -TI-RC-OTRO 1075303372

EDAD: 26 A FECHA DE NACIMIENTO: 1997.03.29 SEXO: F

DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE TELEFONO: 3186126365

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

DIAGNOSTICO: S525
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

PLAN:
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

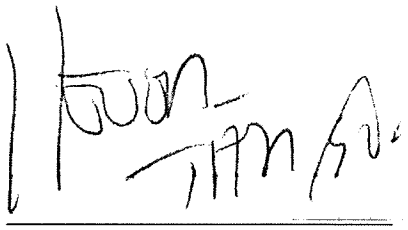
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.07.27 **HORA:** 13:00:20

SERVICIO: ORTOPEDIA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Cm	Alarcon	Ma Mayeo	1023303

FECHA (Día / Mes / Año / Hora)	EDAD (Años / Meses / Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
27 / 7 / 17 /	25	H ☐ M ☐	1.60	76	(1) 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PRO	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fractura conminuta cubital izquierda con fractura de radio

OPERACION PROPUESTA reducción abierta de cubito y reducción cerrada de radio

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

Pab - NO

Qx - Cesarea - Tumor benigno en hígado

AL - Tramadol

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO IOT SI NO — VIA AEREA N — DIENTES N — CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO NO

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
✓	GENERAL

RESUMEN Y PLAN: anestesia general

ESTADO PSICOLOGO: Tranquila

PREFERIDA / ASPIRA / RECHAZA — NECESITA SANGRE NO c.c. — PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION

REPARACION E / A / C

42	180
40	170
38	160
36	150
34	140
32	130
30	120
28	110
26	100
	90
	80
	70
	60
	50
	40
	30
	20
	10

HORA 15:40

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION

HEMORRAGIA Negativa

REFLEJOS Positivo

MOTILIDAD Positivo

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

OTRAS

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL Rosada hidratada

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sala de recuperacion bajo anestesia general

Se explica

TOTALES			
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejoría

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION:

O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO AYUNO — LIQUIDO — SOLIDO

TECNICA — LOCAL — BLOQUEO — GENERAL — CAUDAL — OTRA

DESOCIATIVA — EPIDURAL — ESPINAL — ESPACIO — NIVEL — AGUA

POSICION

REPARACION

GCSC

CSA

CCC

F

A

C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

PULSO

RESPIRACION

T.A.

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC

T°

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

I OT No.

I NT No.

E OT No.

E NT No.

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

12 13 14 15 16

TOTAL C.C.

C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,27-Jul-2023 14:50:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 CRUZ ALARCON MARIA EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.07.2 13:00
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 26 Años **Fecha Egreso** :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1075303372 CRUZ ALARCON MARIA AMPARO 1 NIVEL I NEIVA ASENT. DOLCEY 3186126365

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.07.27	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2023.07.27	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LLR	1.00
2023.07.27	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	44.00
2023.07.27	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	LLR	15.00
2023.07.27	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	4.00
2023.07.27	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LLR	29.00
2023.07.27	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	LLR	1.00
2023.07.27	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.07.27	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2023.07.27	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	4.00
2023.07.27	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2023.07.27	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LLR	1.00
2023.07.27	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LLR	1.00
2023.07.27	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2023.07.27	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LLR	2.00
2023.07.27	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	3.00
2023.07.27	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LLR	3.00
2023.07.27	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	3.00
2023.07.27	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LLR	3.00
2023.07.27	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LLR	2.00
2023.07.27	BRA	CAT	VENOCAT CATETER # 20	LLR	1.00
2023.07.27	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2023.07.27	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2023.07.27	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2023.07.27	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LLR	1.00
2023.07.27	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	LLR	1.00
2023.07.27	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LLR	1.00
2023.07.27	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LLR	1.00
2023.07.27	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	10.00
2023.07.27	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2023.07.27	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2023.07.27	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	3.00
2023.07.27	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LLR	3.00
2023.07.27	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	3.00
2023.07.27	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LLR	3.00

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO

1.075.303.372

CRUZ ALARCON

APELLIDOS

MARIA AMPARO

NOMBRES

MARIA CRUZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1997**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-ABR-2015 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A 1900100-00854174-F-1075303372-20161007 **0051695657A 1** 46859059

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	55178883
NOMBRES	MARITZA
APELLIDOS	CRUZ ALARCON
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:	07/28/2023 14:58:33	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - 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.

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027677093

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KHG75G	HONDA	WAVE 110S E3	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
109	GRIS MATE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JA37E3406578	N	9FMJA3794PF002813

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMJA3794PF002813	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CRUZ ALARCON MARITZA	C.C. 55178883

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
8

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882022000095038

I/E
I

FECHA IMPORT.
30/09/2022

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
10/11/2022

FECHA EXP. LIC. TTO.
10/11/2022

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	KHG75G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027677093	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	WAVE 110S E3
MODELO:	2023	COLOR:	GRIS MATE
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	JA37E3406578
NÚMERO DE CHASIS:	9FMJA3794PF002813	NÚMERO DE VIN:	9FMJA3794PF002813
CILINDRAJE:	109	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	10/11/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8092778800	09/11/2022	10/11/2022	09/11/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:33:49 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. FEC149908

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-31 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8025227caebbb24f84847815e900a96d453fe2923e1e9bdfde4a fae2cf17e21d4b4b813f906ef035cd4c71aa2b45f77a

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2145900

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-08-30 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
4e5895f0b43d5886d4675fc2f7d236888ec033711d61f06524712 60b2bbe0774bdba08f4cfe23ea8205b17bcb1ce6e06

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-31 09:07:12.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC149908

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-31 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8025227caebbb24f84847815e900a96d453fe2923e1e9bdfde4a fae2cf17e21d4b4b813f906ef035cd4c71aa2b45f77a

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
818d29d68201326f8612a339a96fc32362a219e932cda60d581 6275235ec489c7a6661244e9dbda6449b0ea1592d4236

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-31 02:13:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
aea7532f1a32f3789d9905b56101ffb01ec9391eaa737b293c7e9 8b2821b5a7f1501c095e9510931aa73242c13780cc6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-31 03:31:24.000 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

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:33:49 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. FEC149908

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-07-31 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8025227caebbb24f84847815e900a96d453fe2923e1e9bdfde4a fae2cf17e21d4b4b813f906ef035cd4c71aa2b45f77a

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
2b3c743285c8e229998fe93791cdfbe284a56a4681c6aedd0035 55153241f8cfe43c21b8649f73b95a98af540f5fe782

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-07-31 03:31:29.000 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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.15	15:25:00	2023.10.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51888

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | **TIPO CONTRATO** | **VIA DE INGRESO**
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 163667,163749
CONTRATO/PLAN | **REGIMEN** | **AUTORIZACION** | **FEC-HOR INGRES** | **FEC-HORA EGRESO**
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.07.26 - 21:04 | 2023.07.27 - 19:56

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 71A N. 3-18 NEIVA TELEFONO: 3148366296
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,568
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								10	580	5,800
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								20	2,238	44,760
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.26	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.26	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.26	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.26	873206		JAB				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.07.26	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.07.26	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.07.26	873121		JAB				1	81,400	81,400
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.07.26	871121		JAB				1	89,500	89,500
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.07.26	871121		JAB				1	89,500	89,500
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.07.26	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y	2023.07.26	902208						1	30,900	30,900

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

Recibido!
31 de Octubre del 2023
202050099

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
900.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA
0000 AUTORIZA

Cufe: d0a2335aa5d0e6a6233b77ca647d34bcf9f9cf533af08 d2c224183Qa31

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia UJILLO Nit: 93.365.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta : Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit: 900.390.116 - 6

31

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 Autoretenadores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.15	15:25:00	2023.10.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51888

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 163667,163749
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.07.26 - 21:04 | 2023.07.27 - 19:56

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 71A N. 3-16 NEIVA TELEFONO: 3148366296
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,568
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								10	580	5,800
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								20	2,238	44,760
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.26	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.26	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.26	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.26	873206		JAB				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.07.26	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.07.26	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.07.26	873121		JAB				1	81,400	81,400
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.07.26	871121		JAB				1	89,500	89,500
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.07.26	871121		JAB				1	89,500	89,500
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.07.26	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y	2023.07.26	902208						1	30,900	30,900

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: d0b2335aa5d0e6a6233b77ca647d34bcf9f9cf533af0867bc8b44423b3d7db04ad3115f437fdeb6c8d00d2c2241830e31

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

31

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 2016

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.15	15:25:00	2023.10.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51888

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	LEUCOGRAMA										
19749	NITROGENO UREICO	2023.07.26	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.07.26	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.07.26	902049						1	43,700	43,700
19959	TROPONINA T	2023.07.26	903438						1	95,400	95,400
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.07.27	890402	JOH					1	71,300	71,300
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.07.26	890701	JAB					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.07.26	S22101	GZM					1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	1,467,860	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,467,860

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.15 03:27:41 PM

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: d0a2335aa5d0c6a6233b77ca647d34bef9f9cf533af0867bc8b44423b3d7db04ad3115f437fde5c8d00d2c2341830a31

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

30

FACTURA:	51888
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,163,568
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 304,292
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 51888

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

MOTTA — 1er.Apellido o Razon Social

LEYVA — 2do.Apellido

SERGIO — 1er.Nombre

MAURICIO — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA TI[X] RC AS MS

No. Documento: 1076503374

De: 41001 **Fecha de Nacimiento:** 2006/08/27 **Sexo:** F M[X]

Direcci¾n: CLL 71A N. 3-18

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3148366296

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]

Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]

Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 2 CON AVENIDA LA TOMA

Fecha Evento/Accidente: 2023/07/26 **Hora:** 20:15

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Zona:** U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA UVD46F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COLISIONAR CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: YAMAHA **Placa:** UVD46F

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 **intervenci¾n de la Auto.** Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8115150800 **Cobro excedente P¾liza** Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2023/07/22 **Hasta:** 2024/07/21

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

MOTTA — 1er.Apellido o Razon Social

LEYVA — 2do.Apellido

SERGIO — 1er.Nombre

MAURICIO — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC CE PA NIT TI[X] RC

No. Documento 1076503374

Direccion: CLL 71A N. 3-18

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3148366296 **Total Folios:** 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
MOTTA	LEYVA

1er.Nombre	2do.Nombre
SERGIO	MAURICIO

Tipo de Documento: CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [X] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1076503374

Direcci¾n: CLL 71A N. 3-18

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3148366296

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/07/26 **a las** 21:04

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S810 HERIDA DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Ingreso
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S)

Fecha de Egreso: 2023/07/27 **a las** 19:56

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S810 HERIDA DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Egreso
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S)

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
BAZAN	

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de MÚdico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1467860	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.07.26 — HORA DE INGRESO: 21:04
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.07.27 — HORA DE EGRESO: 19:56
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
RELACIONADO1: S610 - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.07.26-21:22:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA UVD46F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COLISIONAR CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 21+04 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN REJA COSTAL DERECHA Y EXTREMIDADES 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: 131/72 FC: 95 FR: 20 TEMP: 36.5 TALLA: 178 PESO: 67 IMC: 21 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, 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 dificulta para respirar, EQUIMOSIS DOLOR A LA PALPACION COSTAL DERECHA 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 irritación peritoneal. No se palpan masa

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN HOMBRO, ANTEBRAZO, MUÑECA, DERECHA, AMBAS MANOS Y RODILLAS, HERIDA DE 10 CM APROXIMADAMENTE EN RODILLA MAS MULTIPLES HERIDAS EN DORSO DE 2,3,4 DEDO MANO DERECHA A NIVEL INTERFALANGICA PROXIMAL SUCIAS CONTAMINADAS, SANGRADO MODERADO ABRASIONES PERILESIONALES. . Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS CON TIERRA EN: HOMBRO, MUÑECA DERECHA, AMBOS ANTEBRAZOS, MANOS Y RODILLAS.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - TROPONINA.
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES TRAUMAS SE INICIA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS , POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- OBSERVACION
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- NADA VÍA ORAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. Y CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS.
-- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA GENERAL.
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.07.26-21:35:11 MEDICO: / (AUXIL. GZM - MARIA DE LOS ANGELES GARZON - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 21:23 / 21:28 DURACION: 00:04

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MARIA DE LOS ANGELES GARZON

*** 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 IZQUIERDO + HERIDA EN DEDOS DE MANO DERECHA + HERIDA EN RODILLA DE APROXIMADAMENTE 10CM CON BORDES MACERADOS, CON PERDIDA DE TEJIDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION AGUDA 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 ABRAISONES AUN CON RESTOS DE ASFALTO + HERIDA EN DEDOS DE MANO DERECHA CUBIERTAS CON GASA + ISODINE SOLUCION + MICROPOR + HERIDA EN RODILLA DERECHA CUBIERTA CON GASA + ISODINE SOLUCION + MICROPOR Y SE ESPERA VALORACION POR ORTOPEDISTA.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

*** FECHA: 23.07.26-22:46:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL): SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES.

*** FECHA: 23.07.26-23:07:14 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NOTA ACLARATORIA

SE CORRIGE REPORTE DE RX DE TORAX

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: 23.07.26-23:10:17 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PARACLINICOS DE: 26/07/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 11.02 %NEUTROFILOS: 62.0 % LINFOCITOS: 30.1 HEMOGLOBINA: 16.6 %HEMATOCRITO: 45.9 MCV: 85.1 MCH: 30.7 PLAQUETAS: 252.000 TROPONINA : 0 TIEMPOS: TP: 14.20 TPT: 32.00 INR: 1.05 CREATININA : 07 BUN: 10

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. TROPONINA NEGATIVA BUENA FUNCION RENAL. TIEMPOS NORMALES.

*** FECHA: 23.07.26-23:17:45 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIETA NORMAL HASTA LAS 07 AM LUEGO NADA VIA ORAL.

*** FECHA: 23.07.27-06:14:04 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: 110/65 FR: 18 T: 36.5, P: 81 SATO2: 9% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACCION CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
NADA VIA ORAL
PENDIENTE VALORACCION CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA.
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 23.07.27-07:53:54 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MANO DERECHA YRODILLA DERECHA ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA DERECHA , HERIDA DE 10 CM APROXIMADAMENTE EN RODILLA MAS MULTIPLES HERIDAS EN DORSO DE 2,3,4 DEDO MANO DERECHA A NIVEL INTERFALANGICA PROXIMAL SUCIAS CONTAMINADAS NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDAS MULTIPLES Y ESCORIACIONES
PLAN: SE PROGRAMA PARA CIRUGIA

*** FECHA: 23.07.27-12:56:21 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORTOPEDIA
PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

*** FECHA: 23.07.27-12:56:29 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.27-12:56:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.07.27-15:55:55 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ADULTO QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIUGIA POR PARTE DE ORTOPEDIA, ACTUALMENTE EN

POP INMEDIATO DE LAVADO QUIRURGICO + DESBRIDAIENTO EN RODILLA DERECHA +DERMOABRASION EN MANO DERECHA +DESBRIDAMIENTO DE PARTES BLANDAS EN HERIDA DEL DORSO DE INTERFLAANGICA DEL TERCER DEDO + TENORRAIGA DE EXTENSORES DEL TERCER DEDO +SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES (27/07/23), SIN COMPLICACIONES, RETORNA A URGENCIAS PARA CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA GENERAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 131/72 FC: 95 FR: 20 TEMP: 36.5 PESO: 67 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS ISOCORICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA,
<<CUELLO>>
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOR.
<<TORAX>>
TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR, DOLOR EN EL COSTADO DERECHO CON EVIDENICA DE EQUIMOSIS A ESTE NIVEL.
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS. NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN ESTE MOMENTO
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES, SE OMITE
<<PELVIS>>
SIN LESIONES, NO DOLOR EN PELVIS.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
SIMETRICOS, CON HERIDAS EN MANO CON ADECUADA CURACION , CUBIERTAS CON GASA Y ESPARADRAPO. HERIDA EN RODILLA DERECHA CON ADECUADA CURACION CON VENDAJE ACOLCHADO.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDAS CON ADECUADA CURACION EN MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

** EVOLUCION:
PACIENTE JOVEN CON POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO EN POP INMEDIATO DE LAVADO QUIRURGICO + DESBRIDAIENTO EN RODILLA DERECHA +DERMOABRASION EN MANO DERECHA +DESBRIDAMIENTO DE PARTES BLANDAS EN HERIDA DEL DORSO DE INTERFLAANGICA DEL TERCER DEDO + TENORRAIGA DE EXTENSORES DEL TERCER DEDO +SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES (27/07/23), ACTAULMENTE PENDIENET VALRACION POR CIRUGIA GENERAL, CONTINUAR VIGILANCIA EN URGENCIAS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

*** FECHA: 23.07.27-19:38:21 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
CIRUGIA GENERAL
PACIENTE ADULTO QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIUGIA POR PARTE DE ORTOPEDIA, ACTUALMENTE EN

POP INMEDIATO DE LAVADO QUIRURGICO + DESBRIDAIENTO EN RODILLA DERECHA +DERMOABRASION EN MANO DERECHA +DESBRIDAMIENTO DE PARTES BLANDAS EN HERIDA DEL DORSO DE INTERFLAANGICA DEL TERCER DEDO + TENORRAIGA DE EXTENSORES DEL TERCER DEDO +SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES (27/07/23), SIN COMPLICACIONES, RETORNA A URGENCIAS PARA CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA GENERAL.

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 118/68 MMHG, FC: 78 X MIN, FR: 16 X MIN, SATURACION: 99%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:
RX DE TORAX Y REJA COSTAL: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO
INCAPACIDAD MEDICA POR 15 DIAS

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.07.27-19:56:34 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE YA VALORADO POR ORTOPEDIA Y CX GENERAL, DECIDEN DAR EGRESO CON SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES, FORMULACION, INCAPACIDAD, CITAS DE CONTROL AMBULATORIO.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

CITA DE CONTROL EN 15 DIAS POR CX GENERAL
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 10, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 2 TABLETAS EN CASO DE DOLOR, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

***** FECHA: 23.07.27-19:56:52 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: 2023.07.27-19:56:43 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. 58714

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
RELACIONADO 1: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
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

DR@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 163667

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -163667 **Fecha** 2023/07/26

Nombre Paciente: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO - 1076503374 **Edad:** 16 **Sexo:** M

Quien Realiza: GZM- MARIA DE LOS ANGELES GARZON **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S810-HERIDA DE LA RODILLA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S810-HERIDA DE LA RODILLA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S202-CONTUSION DEL TORAX

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	GZM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ANTEBRAZO IZQUIERDO + HERIDA EN DEDOS DE MANO DERECHA + HERIDA EN RODILLA DE APROXIMADAMENTE 10CM CON BORDES MACERADOS, CON PERDIDA DE TEJIDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION AGUDA 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 ABRAISONES AUN CON RESTOS DE ASFALTO + HERIDA EN DEDOS DE MANO DERECHA CUBIERTAS CON GASA + ISODINE SOLUCION + MICROPOR + HERIDA EN RODILLA DERECHA CUBIERTA CON GASA + ISODINE SOLUCION + MICROPOR Y SE ESPERA VALORACION POR ORTOPEDISTA.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,27-Jul-2023 17:43:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.07.2 21:04

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 16 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO 1 NIVEL I NEIVA CLL 71A N. 3-18 3148366296

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.07.26	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	GZM	10.00
2023.07.26	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	GZM	10.00
2023.07.26	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	GZM	6.00
2023.07.26	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	GZM	1.00
2023.07.26	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	GZM	1.00

PACIENTE: 1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO **EDAD:** 16

DIRECCION: CLL 71A N. 3-18 **TELEFONO:** 3148366296

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-57894 **FECHA SINIESTRO:** 2023.07.26 **Nº POLIZA:** 8115150800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : miércoles, 26 de julio de 2023						
21:23:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:23:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:23:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:23:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:23:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	MFA	
21:23:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		NOCHE	MFA	
21:23:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFA	
21:23:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
21:23:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
21:23:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 16.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 27 de julio de 2023						
05:23:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
05:23:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
05:23:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
05:23:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DAN1	
05:23:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
05:23:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
05:23:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
09:23:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
09:23:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 12.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO No. Identif. 1076503374 Edad. 16

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.07.27

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 10.00	1 TABLETA CADA 12 HORAS
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:** 20.00	1 TABLETA CADA 6 HORAS
* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	2 TABLETAS EN CASO DE DOLOR

Dr. Cesar Rodriguez Olaya
Medico Cirujano General
TR. 1083.189.220
FUNPC

MEDICO

FARMACIA

Angie Vargas

PACIENTE

19

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -190975

FECHA EMISION:	2023.07.27
HORA:	19:59:28
PAGINA No:	1

USUARIO: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO **FECHA DE PEDIDO:** 2023/07/27

DOC.IDENT: TI 1076503374 **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
002	LAB CEFRAX	TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	20.00
002	GEN ACETAMINOFEN	TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00

TOTAL CANTIDAD: 50.00

Recibido Paciente

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

Informe preliminar

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO
1076503374
Masculino
16 Años

Orden No. 202307260039

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	11.02	x 10^3/ul			26/07/2023 22:27
Recuento de Globulos Rojos	5.39	x 10^6/ul		3.50 - 5.50	26/07/2023 22:27
Hemoglobina	16.6	g/dl	*	11.0 - 15.0	26/07/2023 22:27
Hematocrito	45.9	%		36.0 - 48.0	26/07/2023 22:27
Volumen Corpuscular Medio	85.1	fL		80.0 - 99.0	26/07/2023 22:27
Hemoglobina Corpuscular Media	30.7	pg		26.0 - 32.0	26/07/2023 22:27
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	36.1	g/dl	*	32.0 - 36.0	26/07/2023 22:27
Recuento de Plaquetas	252	x 10^3/ul		150 - 450	26/07/2023 22:27
Neutrofilos %	62.0	%		50.0 - 70.0	26/07/2023 22:27
Linfocitos %	30.1	%		20.0 - 40.0	26/07/2023 22:27
Monocitos %	6.1	%		1.0 - 8.0	26/07/2023 22:27
Eosinofilos %	1.70	%	*	3.00 - 7.00	26/07/2023 22:27
Basofilos %	0.10	%		0.00 - 1.00	26/07/2023 22:27
Neutrofilos #	6.83	x 10^3/ul		2.00 - 7.80	26/07/2023 22:27
Linfositos #	3.31	x 10^3/ul		0.60 - 4.10	26/07/2023 22:27
Monocitos #	0.67	x 10^3/ul		0.10 - 1.80	26/07/2023 22:27
Eosinofilos #	0.19	x 10^3/ul	*	0.30 - 0.70	26/07/2023 22:27
Basofilos #	0.02	x 10^3/ul		0.00 - 0.10	26/07/2023 22:27
Volumen Plaquetario Medio	8.8	fL		7.4 - 10.4	26/07/2023 22:27
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	43.2	fL		39.0 - 46.0	26/07/2023 22:27
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.9	%		11.5 - 14.5	26/07/2023 22:27
PDW	15.7				26/07/2023 22:27
PCT	0.222	%			26/07/2023 22:27

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

BIOQUIMICA					
NITROGENO UREICO	10.00	mg/dl		9.00 - 20.00	26/07/2023 22:33
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7	mg/dl		0.7 - 1.3	26/07/2023 22:33

15

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

Informe preliminar

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO
1076503374
Masculino
16 Años

Orden No. 202307260039

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia	

BIOQUIMICA

TROPONINA CUANTITATIVA	0			26/07/2023 22:41

VALORES DE REFERENCIA

NEGATIVO: 0.012 - 0.033 ng/ml
POSITIVO PERCENTIL99: : 0.034 - 0.120 ng/ml
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: MAYOR O IGUAL: 0.120 ng/ml

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP	14.20	seg	11.30 - 18.30	26/07/2023 22:27
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	32.00	seg	22.00 - 38.00	26/07/2023 22:27
INR	1.05			26/07/2023 22:27

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA
NIT 900.422.862-8
CLL 18 # 6-39
Tel: (608) 8643405
Neiva - Colombia
mafec47@yahoo.com

Factura electrónica de venta
No. FE 8809

Señores	CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA		
NIT	800.110.181-9	**Teléfono**	(608) 0000000 - Ext. 000
Dirección	CALLE 18 6 65	**Ciudad**	Neiva - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	23/08/2023, 14:56
Expedición	23/08/2023, 14:56
Vencimiento	22/09/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	1.00	14,964,210.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Catorce millones novecientos sesenta y cuatro mil doscientos diez pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-09-22 por $ 14,964,210.00

Total Bruto	14,964,210.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	**14,964,210.00**

Observaciones:
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SU BENEFICIARIO EN EL MES DE JULIO DEL AÑO 2023

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764042150229 aprobado en 20221229 prefijo FE desde el número 8001 al 9500 Vigencia: 12 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 0,8%
CUFE: 84051d1c8042a7e826ee20ae80a4fcc25f9e20522a801ca287798959fc612c2325f1d5563482fcf271aa7d2ed4ab6a57

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-6. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($14,964,210.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JULIO 2023 (2DA QUINCENA).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
7160001	26600787	58 Años	SANDOVAL CARDOZO BETSABE	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
7160002	1075310893	25 Años	QUINTERO CALDERON MARIA ELVIRA	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7160003	1075791366	18 Años	MEDINA RODRIGUEZ MARIA PAULA	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7160004	1007802021	21 Años	MACANA GOMEZ YEFERSON STEVEN	
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO	33,600
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O	33,600
	799		PARCIAL DE ORINA	20,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	1001		BILIRRUBINA TOTAL	17,400
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	908608		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
7160006	19323879	64 Años	HERNANDEZ CRUZ CARLOS JULIAN	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	1001		BILIRRUBINA TOTAL	17,400
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	19,300
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O	33,600
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO	33,600

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($14,964,210.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JULIO 2023 (2DA QUINCENA).

7160007	1003810044	20 Años	CARO TRUJILLO DEVIN FABIAN	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
7170001	26600328	65 Años	PERDOMO SANCHEZ NUBIA	
	1001		BILIRRUBINA TOTAL	17,400
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	908608		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	19,300
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO	33,600
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O	33,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7170002	83228132	62 Años	VANEGAS AMIN	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7170006	7720580	41 Años	BOLAÑOS MEJIA JULIAN ANDRES	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
7170031	1193072315	20 Años	PERDOMO MORENO HAYDER FABIAN	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
7180001	7723339	40 Años	SANCHEZ HERMINSON	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
7180002	83228132	62 Años	VANEGAS AMIN	

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($14,964,210.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JULIO 2023 (2DA QUINCENA).

	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	799		PARCIAL DE ORINA	20,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7260039	1076503374	16 Años	MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	908608		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
7270006	1077721900	18 Años	SANCHEZ VILLA MARCELO	
	902210		Hemograma IV	32,100
7270007	1075543945	26 Años	LASSO DIAZ JULIAN DAVID	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7270037	1079176315	16 Años	OLIVEROS RAMIREZ JHON ANDERSON	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7270043	105884402	35 Años	GARCIA LEON YENIFER ROXANA	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
7270044	1075258883	33 Años	VILLAREAL CARVAJAL LEIDY YANETH	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($14,964,210.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JULIO 2023 (2DA QUINCENA).

7310019	1105688985	27 Años	HERRAN RODRIGUEZ RAUL FELIPE	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
7310026	1082804536	32 Años	CORTES OLIVEROS GUSTAVO ADOLFO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7310029	7706816	46 Años	DIAZ MEDINA JORGE ARIEL	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600

SUBTOTAL	16,626,900
10(%)	1,662,690
TOTAL	14,964,210

OcciRed

Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

Marthalucia Polania Cubillos
Fecha/Hora Último Ingreso: 2023/09/07 16:15

Consultas
> Consulta y Anulación de Pagos a Terceros y Débitos Automáticos

Consulta y Anulación de Pagos a Terceros y Débitos Automáticos

Resumen Registros Cargados

Parámetros de consulta

Tipo Producto	Nombre Producto	No. Producto
Todos los productos seleccionados		

Tipo Archivo	Fecha
Pagos a Terceros	Hoy

Descripción de Estados

Seleccionar	Beneficiario/Cliente a Debitar	No. Producto Origen/Recaudador	Fecha Pago/Débito	Valor Transacción	Estado
	ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ	380070417	2023/09/08	$3,408,030.00	PEN
	CARLOS DANIEL SUAREZ PERDOMO	380070417	2023/09/08	$2,391,600.00	PEN
	ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SERRANO	380070417	2023/09/08	$5,919,210.00	PEN
	OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES	380070417	2023/09/08	$3,587,400.00	PEN
	ARPA MEDICAL SA	380070417	2023/09/08	$2,509,315.00	DEB
	MEDICAL GROUP ANMA SA	380070417	2023/09/08	$3,455,906.00	DEB
	TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD SAS	380070417	2023/09/08	$10,118,114.00	DEB
	MARTHA CECILIA RUBIANO CABRERA	380070417	2023/09/08	$2,126,020.00	DEB
	B BRAUN MEDICAL SA	380070417	2023/09/08	$1,992,245.00	DEB
	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA GISELA RAM	380070417	2023/09/08	$30,412,956.00	DEB

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA GISELA RAM	**No. Producto Destino**	076300032182
No. Identificación	9004228628	**Entidad Financiera**	DAVIVIENDA
Tipo Producto Origen	Cuenta Corriente	**No. Comprobante**	08092023
No. Producto Origen/Recaudador	380070417	**Forma de pago**	Abono a cuenta entidad ACH
		Aviso al beneficiario	N
Fecha Pago/Débito	2023/09/08	**Estado de Aviso**	-
Fecha Transacción	2023/09/08	**Fecha de Aviso**	-
Valor Transacción	$30,412,956.00	**Medio Utilizado**	-
Comisión	$0.00	**No. Transacción**	380A321232510002
IVA	$0.00	**Información Adicional**	-
Estado	DEB	**Fecha Cobro**	-
Descripción de Estado	Debitado	**No. Factura**	8790-8809
Causal de Rechazo	-	**Oficina Pago**	-
No. Control	232510031	**Usuario Creador**	Gloria pascuas polania
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros		

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
NIT: 900.422.862-8
Calle 18 No. 6 – 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE** y **MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. **900.422.862-8**, certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT No. **800.110.181-9** se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022 y de los meses de ENERO a JULIO de 2023, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los veintiséis (26) días del mes de agosto de 2023.

++++++++++++++++++++++++++++

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

++++++++++++++++++++++++++++

C.C. No. 36309066 NEIVA
Contador Público
T.P. No.123297-T

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.08.02
HORA:	16:17:33
PAGINA No:	1

Numero: 81192 Fecha Ex. 26/07/23 Hora 16:12
Nombre Paciente: 1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO
Dirección: CLL 71A N. 3-18 Telefono:3148366296 Edad:16 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

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.
No hay evidencia de focos de fracturas de cúbito ni de radio en las proyecciones presentadas.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro derecho observándose la articulación escapula humeral y acromio clavicular con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la reja costal derecha observándose las costillas óseas derechas con morfología general, contornos y densidad ósea satisfactorias.
No se confirma la presencia de focos de fracturas costales derechas en las proyecciones presentadas.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

*HALLAZGOS

Proyección PA y lateral del tórax en la que se advierte satisfactoria expansión pulmonar bilateral.
La trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
Examen negativo para procesos pleura pulmonares evolutivos
Ángulos costo frénicos libres
Mediastino que muestra un cayado aórtico normal
No hay cardiomegalia.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.08.02
HORA:	16:17:33
PAGINA No:	2

Numero: 81192 Fecha Ex. 26/07/23 Hora 16:13
Nombre Paciente: 1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO
Dirección: CLL 71A N. 3-18 Telefono:3148366296 Edad:16 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

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 26-07-2023

Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Hector Mateo Valencia identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Sergio Mauricio Mateo Reyes, con identificación No 1020503324, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT ☑ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma Hector Mateo Valencia
Nombre:
c.c. 17908329

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

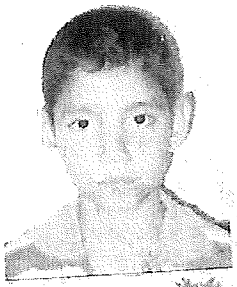
NUMERO 1.076.503.374
MOTTA LEYVA

APELLIDOS
SERGIO MAURICIO

NOMBRES

Sergio Mauricio Motta Leyva

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029581367

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO		
UVD46F	YAMAHA	XTZ125	2022		
CILINDRADA CC	COLOR	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	SERVICIO	CAPACIDAD Kg/PSJ
124	AZUL BLANCO	SIN CARROCERIA	GASOLINA	PARTICULAR	2
CLASE DE VEHÍCULO		REG	VIN		
MOTOCICLETA		N	9FKDE0928N2074885		
NÚMERO DE MOTOR		REG	NÚMERO DE CHASIS		REG
E3Y2E074885		N	9FKDE0928N2074885		N
NÚMERO DE SERIE			IDENTIFICACIÓN		
******			T.I. 1076503374		

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-2006
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-AGO-2024 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
14-ENE-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1000100-00539777-M-1076503374-20140124 0036784607A2 7132713016



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE ******
POTENCIA HP 10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902021000096886
I/E I
FECHA IMPORT. 09/07/2021
PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA 21/07/2021
FECHA EXP. LIC. TTO 19/07/2023
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT0700254251 7

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	UVD46F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029581367	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	XTZ125
MODELO:	2022	COLOR:	AZUL BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E3Y2E074885
NÚMERO DE CHASIS:	9FKDE0928N2074885	NÚMERO DE VIN:	9FKDE0928N2074885
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	21/07/2021
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8115150800	21/07/2023	22/07/2023	21/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
14618600012350	21/07/2022	22/07/2022	21/07/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
80984109	19/07/2021	20/07/2021	19/07/2022	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:35:57 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151888

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-15 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
d0a2335aa5d0e6a6233b77ca647d34bcf9f9cf533af0867bc8b44423b3d7db04ad3115f437fde5e8d00d2c2241830a31

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1467860

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-10-15 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
ab7e9c2a1d0b04f666f780de9a8f6c6395b435994a86079bfc68c66f2c1496ea611b34b19af4f082a508cbfe38c85ee6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-15 03:27:41.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:35:57 AM
Página: 2

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151888

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-15 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
d0a2335aa5d0e6a6233b77ca647d34bcf9f9cf533af0867bc8b44423b3d7db04ad3115f437fde5e8d00d2c2241830a31

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
ed3d85ffd35e1b7c99b12fc55a616591f883062771cc937685f415586d5e732baefc2d57a725a92cd0a7c8771dc24650

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-21 03:34:39.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 1

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.15	15:26:01	2023.10.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51889

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | **TIPO CONTRATO** | **VIA DE INGRESO**
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 163720

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.07.26 - 21:04	2023.07.27 - 14:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 71A N. 3-18 NEIVA TELEFONO: 3148366296
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	27-Jul-2023	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	474,600	474,600
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	271,400	271,400
39120	GRUPO 09	27-Jul-2023	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	129,800	129,800
39211	GRUPO 09	27-Jul-2023	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	785,000	785,000
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Jul-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	27-Jul-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	27-Jul-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	27-Jul-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	27-Jul-2023	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	291,400	291,400
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	172,100	172,100
39119	GRUPO 08	27-Jul-2023	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	76,300	76,300
39210	GRUPO 08	27-Jul-2023	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Jul-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
	2i=Via,#R,=Ciruj										
14330	CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES (UNA A DOS)	27-Jul-2023	39005	7	07	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	167,300	167,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39105	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	98,600	98,600
39118	GRUPO 07	27-Jul-2023	39118	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	44,100	44,100
39209	GRUPO 07	27-Jul-2023	39209	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Jul-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								3	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								3	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								5	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
)0.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 ***ina vigencia de: 12 Meses***
Modalidad ELECTRONICA D ***000 AUTORIZA***

Recibido!
31 de Octubre del 2023
20205100

Cufe: 436acd141fb12689fc3f9d05cb94fb73d32b11764af1e >ae14bf7f7540

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I JJILLO Nit. 93.395.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P ÍA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

23

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.15	15:26:01	2023.10.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51889

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 163720

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.07.26 - 21:04	2023.07.27 - 14:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO EDAD : 16 Años

DIRECCION: CLL 71A N. 3-18 NEIVA TELEFONO: 3148366296

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	27-Jul-2023	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	474,600	474,600
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	271,400	271,400
39120	GRUPO 09	27-Jul-2023	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	129,800	129,800
39211	GRUPO 09	27-Jul-2023	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	785,000	785,000
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Jul-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	27-Jul-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	27-Jul-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	27-Jul-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	27-Jul-2023	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	291,400	291,400
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	172,100	172,100
39119	GRUPO 08	27-Jul-2023	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	76,300	76,300
39210	GRUPO 08	27-Jul-2023	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Jul-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
	2i=Via,#R,=Ciruj										
14330	CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES (UNA A DOS)	27-Jul-2023	39005	7	07	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	167,300	167,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Jul-2023	39105	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	98,600	98,600
39118	GRUPO 07	27-Jul-2023	39118	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	44,100	44,100
39209	GRUPO 07	27-Jul-2023	39209	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Jul-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								3	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								3	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								5	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 436acd141fb12689fc3f9d05cb94fb73d32b1176daf1ee38cd44767e8c2459040Bd8cd371b19063f47cbac14bf7f7540

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

23

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA,2023.09.15	15:26:01	2023.10.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51889

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA NO. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
	MEDICAMENTOS										
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								16	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19976256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
52222-01	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN								15	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								44	0	0
19930080	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								29	0	0
	OTROS										
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.07.27	890202		FGR				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.07.27	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	4,869,500	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,869,500

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.15 03:26:36 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 436add141fb126b9fc3f9d05cb94fb73d32b21764af1ee38cd44767e8c24590408d8cd371b19063f47cbae14bf7f7540

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:	51889
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 4,678,700
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 190,800
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG [ ]

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 51889

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 **Nit:** 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
MOTTA	LEYVA

1er.Nombre	2do.Nombre
SERGIO	MAURICIO

Tipo de Documento: CC CE PA TI[X] RC AS MS **No. Documento:** 1076503374

De: 41001 **Fecha de Nacimiento:** 2006/08/27 **Sexo:** F M[X]

Direcci¾n: CLL 71A N. 3-18

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3148366296

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	**Sismo**	[ ]	**Maremoto**	[ ]	**Erup. Volcanicas**	[ ]	**Huracßn** [ ]
	Inundaciones	[ ]	**Avalancha**	[ ]	**Desliz. de Tierra**	[ ]	**Incendio Natural** [ ]
Terroristas:	**Explosi¾n**	[ ]	**Masacre**	[ ]	**Mina Antipersonal**	[ ]	**Combate** [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	**Cual?**	**Ataques a Municipios**		**Desplazados**		

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 2 CON AVENIDA LA TOMA

Fecha Evento/Accidente: 2023/07/26 **Hora:** 20:15

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Zona:** U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA UVD46F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COLISIONAR CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: **Aseg.** [X] **No Aseg.** [ ] **Vehi. Fantasma.** [ ] **P¾liza falsa** [ ] **Vehiculo en Fuga** [ ]

Marca: YAMAHA **Placa:** UVD46F

Tipo de Servicio: **Particular** [X] **Publico** [ ] **Oficial** [ ] **Vehiculo de Emergencia** [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] **Vehi. de transporte masivo** [ ] **Vehi. Escolar** [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 **intervenci¾n de la Auto.** **Si** [ ] **No** [X]

Poliza SOAT No 8115150800 **Cobro excedente P¾liza** **Si** [ ] **No** [X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2023/07/22 **Hasta:** 2024/07/21

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
MOTTA	LEYVA

1er.Nombre	2do.Nombre
SERGIO	MAURICIO

Documento de identidad: CC CE PA NIT TI[X] RC **No. Documento** 1076503374

Direccion: CLL 71A N. 3-18

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3148366296 **Total Folios:** 0

25

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
MOTTA	LEYVA

1er.Nombre	2do.Nombre
SERGIO	MAURICIO

Tipo de Documento: CC | CE | PA | TI X | RC | AS — **No. Documento** 1076503374

Direcci¾n: CLL 71A N. 3-18

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3148366296

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** ☐ **Orden servicio** ☐

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** ☐ **Ambulancia Medicalizada** ☐ **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U ☐ R ☐

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/07/26 **a las** 21:04

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S810 HERIDA DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Ingreso
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S)

Fecha de Egreso: 2023/07/27 **a las** 14:40

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S810 HERIDA DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Egreso
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S)

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
BAZAN	

Tipo Documento CC X | CE | PA — **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de MÚdico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4869500	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.07.26 — HORA DE INGRESO: 21:04
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.07.27 — HORA DE EGRESO: 14:40
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
RELACIONADO1: S610 - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.07.26-21:22:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA UVD46F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COLISIONAR CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 21+04 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN REJA COSTAL DERECHA Y EXTREMIDADES 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: 131/72 FC: 95 FR: 20 TEMP: 36.5 TALLA: 178 PESO: 67 IMC: 21 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, 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 dificulta para respirar, EQUIMOSIS DOLOR A LA PALPACION COSTAL DERECHA 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 irritación peritoneal. No se palpan masa

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN HOMBRO, ANTEBRAZO, MUÑECA, DERECHA, AMBAS MANOS Y RODILLAS, HERIDA DE 10 CM APROXIMADAMENTE EN RODILLA MAS MULTIPLES HERIDAS EN DORSO DE 2,3,4 DEDO MANO DERECHA A NIVEL INTERFALANGICA PROXIMAL SUCIAS CONTAMINADAS, SANGRADO MODERADO ABRASIONES PERILESIONALES. . Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS CON TIERRA EN: HOMBRO, MUÑECA DERECHA, AMBOS ANTEBRAZOS, MANOS Y RODILLAS.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - TROPONINA.
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES TRAUMAS SE INICIA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS , POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- OBSERVACION
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- NADA VÍA ORAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. Y CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS.
-- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA GENERAL.
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.07.26-21:35:11 MEDICO: / (AUXIL. GZM - MARIA DE LOS ANGELES GARZON - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 21:23 / 21:28 DURACION: 00:04

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MARIA DE LOS ANGELES GARZON

*** 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 IZQUIERDO + HERIDA EN DEDOS DE MANO DERECHA + HERIDA EN RODILLA DE APROXIMADAMENTE 10CM CON BORDES MACERADOS, CON PERDIDA DE TEJIDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION AGUDA 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 ABRAISONES AUN CON RESTOS DE ASFALTO + HERIDA EN DEDOS DE MANO DERECHA CUBIERTAS CON GASA + ISODINE SOLUCION + MICROPOR + HERIDA EN RODILLA DERECHA CUBIERTA CON GASA + ISODINE SOLUCION + MICROPOR Y SE ESPERA VALORACION POR ORTOPEDISTA.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

*** FECHA: 23.07.26-22:46:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL): SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES.

*** FECHA: 23.07.26-23:07:14 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NOTA ACLARATORIA

SE CORRIGE REPORTE DE RX DE TORAX

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: 23.07.26-23:10:17 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PARACLINICOS DE: 26/07/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 11.02 %NEUTROFILOS: 62.0 % LINFOCITOS: 30.1 HEMOGLOBINA: 16.6 %HEMATOCRITO: 45.9 MCV: 85.1 MCH: 30.7 PLAQUETAS: 252.000 TROPONINA : 0 TIEMPOS: TP: 14.20 TPT: 32.00 INR: 1.05 CREATININA : 07 BUN: 10

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. TROPONINA NEGATIVA BUENA FUNCION RENAL. TIEMPOS NORMALES.

*** FECHA: 23.07.26-23:17:45 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

180

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIETA NORMAL HASTA LAS 07 AM LUEGO NADA VIA ORAL.

*** FECHA: 23.07.27-06:14:04 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: 110/65 FR: 18 T: 36.5, P: 81 SATO2: 9% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACCION CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTÍNÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
NADA VIA ORAL
PENDIENTE VALORACCION CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA.
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 23.07.27-07:53:54 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MANO DERECHA YRODILLA DERECHA ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA DERECHA , HERIDA DE 10 CM APROXIMADAMENTE EN RODILLA MAS MULTIPLES HERIDAS EN DORSO DE 2,3,4 DEDO MANO DERECHA A NIVEL INTERFALANGICA PROXIMAL SUCIAS CONTAMINADAS NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDAS MULTIPLES Y ESCORIACIONES
PLAN: SE PROGRAMA PARA CIRUGIA

*** FECHA: 23.07.27-12:56:21 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORTOPEDIA
PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

*** FECHA: 23.07.27-12:56:29 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.27-12:56:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.07.27-13:57:05 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS EN DEDOS DE MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA + DERMOABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/60 FC: 80 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : ESCORIASION EN ANTEBRAZO DERECHO.
ANTEBRAZO DERECHO: MANO DERECHA : HERIDAS EN DORSO DE 2°, 3° Y 4° DEDOS A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL CONTAMINADAS, NEUROVASCULAR NORMAL.
RODILLA DERECHA , HERIDA DE 10 CM APROXIMADAMENTE, CONTAMINADA, NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS EN DEDOS DE MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA + DERMOABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.27-13:56:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.07.27-13:57:55 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

VIENE PARA DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS EN DEDOS DE MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA + DERMOABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/60 FC: 80 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : ESCORIASION EN ANTEBRAZO DERECHO.
ANTEBRAZO DERECHO: MANO DERECHA : HERIDAS EN DORSO DE 2°, 3° Y 4° DEDOS A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL CONTAMINADAS, NEUROVASCULAR NORMAL.
RODILLA DERECHA , HERIDA DE 10 CM APROXIMADAMENTE, CONTAMINADA, NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS EN DEDOS DE MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA + DERMOABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO

***** FECHA: 23.07.27-14:31:11 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
INSTRUMENTADOR(A): SINDY

HORA INICIAL/FINAL: 14:10 / 14:40 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES (UNA A DOS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

No. DESCRIPCION: 16022
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
EXTENDIENDO LA LESION PRE EXISTENTE A +-12 CM EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA.

HALLAZGOS :
HERIDA CORTOCONTUSA DE +-10 CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE , ABUNDANTE TEJIDO MACERADO EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA + ESCORIACIONES EN DORSO DE DEDOS MANO DERECHA Y ANTEBRAZO IZQUIERDO.

DESCRIPCION QUIRURGICA :
-BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO:
-POR VIA 1: SE REALIZO DESBRIDAMIENTO DE HERIDA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO HASTA PLANOS PROFUNDOS EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A +-15CM. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO. ENSEGUIDA SE PRACTICO SUTURA EN 2 PLANOS DE +-11CM SIN COMPLICACIONES.
-POR VIA 2: SE REALIZO DERMOABRASION GENERAL EN MANO DERECHA Y DESBRIDAMIENTO DE PARTES BLANDAS PROFUNDAS DE HERIDA EN DORSO DE INTERFALANGICA DE 3 DEDO DE MANO DERECHA, SE LAVO LAVO ABUNDANTE Y SE AMPLIO LA HERIDA EN SI.
-SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO.
-NO COMPLICACIONES
-SANGRADO 120ML

HALLAZGOS:
LESION DE TENDON EXTENSOR Y CAPSULA ARTICULAR DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 3 DEDO MANO DERECHA.

DESCRIPCION QUIRURUGICA:
-PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE PRACTICO:
-POR VIA 1: SE REALIZO CAPSULORRAFIA DE IFP DE 3 DEDO Y TENORRAFIA DEL EXTENSOR, SE CIERRA HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y SE CUBRE LA HERIDA CON GASAS, SE INMOVILIZA CON MICROPORE.
-SIN COMPLICACIONES.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.07.27-14:42:14 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

14

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58714

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO

DOC.IDENT:	TI 1076503374	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18		
FCHA.NACTO:	2006.08.27	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3148366296
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

** ANALISIS PLAN:
PLAN
SALIDA CON MEDICACION
CONTROL CE EN 15 DIAS
INCAPACIDAD 15 DIAS
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

IBUPROFENOS X 400MG TABLETAS =20 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
CEFALEXINA X 500 MG TABLETAS = 20 TOMAR 2 TABLETA CADA 6 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS DR GARCIA
NO MOJAR VENDAJES NI QUITAR
VENIR POR URGENCIAS EN CASO DE COMPLICACION
LLAMAR A SOLICITAR LA CITA DE CONTROL CON ANTICIPACION.

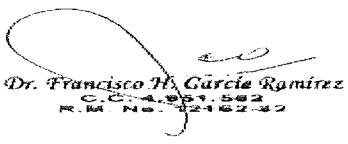
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.27-14:40:40 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 1: S810 - HERIDA DE LA RODILLA		
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



DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16022

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -163720 Fecha 27/07/23

Nombre Paciente: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO 1076503374 Edad: 16 Sexo: M

Hora inicio 14:10 Hora fin: 14:40 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MJJ- JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S610-HERIDAS EN 2°, 3° Y 4° DEDOS DE MANO DERECHA	1. S610-HERIDAS EN 2°, 3° Y 4° DEDOS DE MANO DERECHA
2. S810-HERIDA DE LA RODILLA DERECHA	2. S810-HERIDA DE LA RODILLA DERECHA
3. T141-ABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO	3. T141-ABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
14330	CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES (UNA A DOS)	FGR	1 - 1i Interv 100%
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	FGR	1 - 1i Interv 100%
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE	FGR	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION:
EXTENDIENDO LA LESION PRE EXISTENTE A +-12 CM EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA.

HALLAZGOS :
HERIDA CORTOCONTUSA DE +-10 CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE , ABUNDANTE TEJIDO MACERADO EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA + ESCORIACIONES EN DORSO DE DEDOS MANO DERECHA Y ANTEBRAZO IZQUIERDO.

DESCRIPCION QUIRURGICA :
-BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO:
-POR VIA 1: SE REALIZO DESBRIDAMIENTO DE HERIDA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO HASTA PLANOS PROFUNDOS EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A +-15CM. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO. ENSEGUIDA SE PRACTICO SUTURA EN 2 PLANOS DE +-11CM SIN COMPLICACIONES.
-POR VIA 2: SE REALIZO DERMOABRASION GENERAL EN MANO DERECHA Y DESBRIDAMIENTO DE PARTES BLANDAS PROFUNDAS DE HERIDA EN DORSO DE INTERFALANGICA DE 3 DEDO DE MANO DERECHA, SE LAVO LAVO ABUNDANTE Y SE AMPLIO LA HERIDA EN SI.
-SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO.
-NO COMPLICACIONES
-SANGRADO 120ML

HALLAZGOS:
LESION DE TENDON EXTENSOR Y CAPSULA ARTICULAR DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 3 DEDO MANO DERECHA.

DESCRIPCION QUIRURUGICA:
-PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE PRACTICO:
-POR VIA 1: SE REALIZO CAPSULORRAFIA DE IFP DE 3 DEDO Y TENORRAFIA DEL EXTENSOR, SE CIERRA HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y SE CUBRE LA HERIDA CON GASAS, SE INMOVILIZA CON MICROPORE.
-SIN COMPLICACIONES.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16022

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -163720 Fecha 27/07/23

Nombre Paciente: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO 1076503374 Edad: 16 Sexo: M

Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076503374

ADMISION N_: 163720

NOMBRE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO **Num. Id-:** TI 1076503374
FECHA NACIMIENTO: 2006.08.27 **EDAD:** 16 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.07.27 **HORA DE INGRESO:** 13:57:05 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.27 13:57
DIRECCION: CLL 71A N. 3-18 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3148366296
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** HECTOR MOTTA
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.07.27

<< REGISTRO: 13:57:05 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS EN DEDOS DE MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA + DERMOABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<2023.07.26-21:22:49>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 163667
.* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2023.07.27-13:57:05>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 163720
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 26 DE JULIO DEL 2023
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS EN DEDOS DE MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA + DERMOABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO EL DIA 27 DE JULIO DEL 2023

--><<2023.07.27-15:55:55>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 163749
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2023.07.27-17:02:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 163720

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076503374

ADMISION N_: 163720

NOMBRE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO **Num. Id-:** TI 1076503374

FECHA NACIMIENTO: 2006.08.27 **EDAD:** 16 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.07.27 **HORA DE INGRESO:** 13:57:05 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.27 13:57

DIRECCION: CLL 71A N. 3-18 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3148366296

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** HECTOR MOTTA

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 13:57:05 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

NUEVO

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 100/60 **FC:** 80 **FR:** 20 **Tmp:** 36.6 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : ESCORIASION EN ANTEBRAZO DERECHO.
ANTEBRAZO DERECHO: MANO DERECHA : HERIDAS EN DORSO DE 2°, 3° Y 4° DEDOS A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL CONTAMINADAS, NEUROVASCULAR NORMAL.
RODILLA DERECHA , HERIDA DE 10 CM APROXIMADAMENTE, CONTAMINADA, NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S810 HERIDA DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

ANALISIS/PLAN

PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS EN DEDOS DE MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA + DERMOABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.27-13:56:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

9

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076503374

ADMISION N_: 163720

NOMBRE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO **Num. Id-:** TI 1076503374

FECHA NACIMIENTO: 2006.08.27 **EDAD:** 16 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.07.27 **HORA DE INGRESO:** 13:57:05 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.27 13:57

DIRECCION: CLL 71A N. 3-18 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3148366296

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** HECTOR MOTTA

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.07.27 **HORA DE EGRESO:** 13:56:45 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 163720 - 10000

NOMBRE:	MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO	C.C. -TI-RC-OTRO	1076503374		
EDAD:	16 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2006.08.27	SEXO:	M
DIRECCION:	CLL 71A N. 3-18			TELEFONO:	3148366296
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	HECTOR MOTTA			TELEFONO:	3209550714

FECHA: 2023.07.27

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA Y 3 DEDO MANO DERECHA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><2023.07.26-21:22:49>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 163667
.* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><2023.07.27-13:57:05>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 163720
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 26 DE JULIO DEL 2023
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS EN DEDOS DE MANO DERECHA Y RODILLA DERECHA + DERMOABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO EL DIA 27 DE JULIO DEL 2023

--->><2023.07.27-15:55:55>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 163749
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><2023.07.27-17:02:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 163720

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 163720 - 10000

NOMBRE: MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO C.C. -TI-RC-OTRO 1076503374

EDAD: 16 A FECHA DE NACIMIENTO: 2006.08.27 SEXO: M

DIRECCION: CLL 71A N. 3-18 TELEFONO: 3148366296

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: HECTOR MOTTA TELEFONO: 3209550714

EXAMEN FISICO:

PA: 132/58 **FC:** 79 **FR:** 21 **PESO:** 60 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
HERIDA EN DORSO DE MANO DERECHA Y SU 3 DEDO, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS. ANRASIONES CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CON IMPACTACION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN ANTEBRAZO IZQUIERDO. HERIDA COMPLEJA, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS, EN RODILLA DERECHA, RODEADA DE ABRASIONES

OTROS:
SIN ALTERACION

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T016
HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.07.27 **HORA:** 13:00:50

SERVICIO: ORTOPEDIA

FIRMA: RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Motta	Tegua	Sergio Mauricio	10165833

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
27 7 13	16 M	H ☒ M ☐	178	67	1 2 3 4 5 U

SERVICIO: U | SALA O CUARTO: | No. DE CAMA: | ANESTESIAS PREVIAS:

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	ECOG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Herida por arma de fuego de tórax y abdomen

OPERACION PROPUESTA: Desbridamiento + [illegible] + laparotomía

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

Pato - NO
CHA - NO
AP - NO

ESPECIFICO

FACILIDAD: INT SI NO — IOT SI NO — VIA AEREA U — DIENTES N — CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Hb

	TIPO
/	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
/	GENERAL

RESUMEN Y PLAN: [illegible] Abdomen [illegible] anal [illegible]

ESTADO PSICOLOGO:

PREFIERE / ACEPTA / RECHAZA — NECESITA SANGRE: NO C.C. — PREMEDICACION: NO

FIRMA:

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: DSC

REPARACION: E / A / C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 1

HORA: 14:10

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION

HEMORRAGIA: Negativa
REFLEJOS: positivo
MOTILIDAD: positiva

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

OTRAS
RECUPERACION: Ok
CONCIENCIA: Ok
DIURESIS: Ok
SENSIBILIDAD: Ok
PIEL: Normal

COMENTARIOS: Ingresa vivo a sala de recuperación bajo anestesia general sin complicaciones

TOTALES:

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Alyoni

FIRMA:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION:

O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO / AYUNO: LIQUIDO / SOLIDO

TECNICA: LOCAL ( ) BLOQUEO ( ) GENERAL ( ) CAUDAL ( ) OTRA ( )

DESOCIATIVA ( ) EPIDURAL ( ) ESPINAL ( ) ESPACIO ( ) NIVEL ( )

AGUA

POSICION

REPARACION

CCSC

CSA

CCC

I O T No
I N T No
E O T No
E N T No
PULSO
RESPIRACION
T.A. XX
INDUCCION
INICIACION Y FINALIZACION
NEONATO MASC FEM. a
PVC XXX
T°
TORNIQUETE
E C G
1 AL 5 LIQUIDOS
6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 IN
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

TOTAL C.C.
C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,27-Jul-2023 17:46:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.07.2 21:04
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 16 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1076503374 MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO	1 NIVEL I	NEIVA	CLL 71A N. 3-18	3148366296

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.07.27	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2023.07.27	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LLR	1.00
2023.07.27	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	44.00
2023.07.27	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN	LLR	15.00
2023.07.27	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	4.00
2023.07.27	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LLR	29.00
2023.07.27	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.07.27	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LLR	16.00
2023.07.27	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2023.07.27	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	5.00
2023.07.27	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2023.07.27	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LLR	1.00
2023.07.27	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LLR	1.00
2023.07.27	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2023.07.27	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	LLR	3.00
2023.07.27	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LLR	3.00
2023.07.27	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2023.07.27	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2023.07.27	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2023.07.27	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2023.07.27	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LLR	1.00
2023.07.27	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	LLR	1.00
2023.07.27	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LLR	1.00
2023.07.27	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LLR	2.00
2023.07.27	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	LLR	10.00
2023.07.27	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	10.00
2023.07.27	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2023.07.27	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	5.00
2023.07.27	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	5.00

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

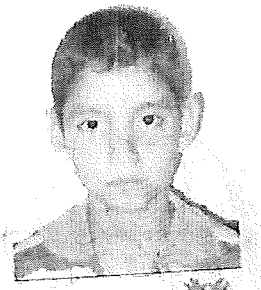
NUMERO 1.076.503.374
MOTTA LEYVA

APELLIDOS
SERGIO MAURICIO

NOMBRES

Sergio Mauricio Motta Leyva

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029581367

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO		
UVD46F	YAMAHA	XTZ125	2022		
CILINDRADA CC	COLOR	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	SERVICIO	CAPACIDAD Kg/PSJ
124	AZUL BLANCO	SIN CARROCERIA	GASOLINA	PARTICULAR	2
CLASE DE VEHÍCULO		REG	VIN		
MOTOCICLETA		N	9FKDE0928N2074885		
NÚMERO DE MOTOR		REG	NÚMERO DE CHASIS		REG
E3Y2E074885		N	9FKDE0928N2074885		N
NÚMERO DE SERIE			IDENTIFICACIÓN		
*****			T.I. 1076503374		

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
MOTTA LEYVA SERGIO MAURICIO



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-2006
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-AGO-2024 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
14-ENE-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
LAUDO ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1500100-00539777-M-1076503374-20140124 0036784607A 2 7132713016



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE ****** POTENCIA HP 10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902021000096886
I/G I FECHA IMPORT. 09/07/2021 PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRICULA 21/07/2021
FECHA EXP. LIC. TTO 19/07/2023
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT07002542517

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	UVD46F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029581367	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	XTZ125
MODELO:	2022	COLOR:	AZUL BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E3Y2E074885
NÚMERO DE CHASIS:	9FKDE0928N2074885	NÚMERO DE VIN:	9FKDE0928N2074885
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	21/07/2021
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8115150800	21/07/2023	22/07/2023	21/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
14618600012350	21/07/2022	22/07/2022	21/07/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
80984109	19/07/2021	20/07/2021	19/07/2022	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:36:19 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. FEC151889

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-15 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
436acd141fb12689fc3f9d05cb94fb73d32b11764af1ee38cd44767e8c24590408d8cd371b19063f47cbae14bf7f7540

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4869500

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-10-15 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
ee6a2a20dadd1706c980cf1941a034f428921796aab9a5b4238960059d016fa74275b5200a61aedc27058d4a8052bd31

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-15 03:28:36.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151889

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-15 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
436acd141fb12689fc3f9d05cb94fb73d32b11764af1ee38cd44767e8c24590408d8cd371b19063f47cbae14bf7f7540

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
dcb7d3b207a6e2b913a7197deae915140ee99d22d79c8d4279cdc8e595583b2fe35f383ae1f3ae97348f5dcb61613a84

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-21 03:34:42.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
b7a051ea5bc40fc021778724af14573ab684e6b205f65830f3d8559948f511a749a06e10727bc32587b0ae867f58fddc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-24 05:51:04.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:36:19 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. FEC151889

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-15 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
436acd141fb12689fc3f9d05cb94fb73d32b11764af1ee38cd44767e8c24590408d8cd371b19063f47cbae14bf7f7540

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
4c43f2539ae17a1894b02d6da9fdb1835b6c2d3f36bde8e39e5af56640a86014ab4f7d5ac944119e991d4061ca3448e5

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-24 05:51:10.000 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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.10	17:25:26	2023.09.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50437

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 164159
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2023.08.03 - 08:50
FEC-HORA EGRESO: 2023.08.03 - 11:09

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1081158443 ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS
EDAD : 29 Años
DIRECCION: CLL 5 N. 1A-40 RIVERA
TELEFONO: 3134275104
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	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											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.03	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.03	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.03	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.03	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21712	TORAX	2023.08.03	879301		MJJ				1	648,100	648,100
21715	ABDOMEN TOTAL	2023.08.03	879420		MJJ				1	852,900	852,900
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.08.03	890402		DAO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.03	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.08.03	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.08.03	S22101		VIC				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	2,103,204	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,103,204

SON: DOS MILLONES CIENTO TRES MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.10 05:27:44 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
0.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA D
000 AUTORIZA

Cufe: 01f3289b80f5876efd5242174b20dc41030ae0d21ed5dc
1f21b522f65a0

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I
JJILLO Nit: 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta
A COLOMBIA S. A. S Nit: 900.390.126 - 6

Recibido!
8 de Septiembre del 2023
20181771

19

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 2016

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.10	17:25:26	2023.09.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50437

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 164159

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.08.03 - 08:50	2023.08.03 - 11:09

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1081158443 ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS EDAD : 29 Años
DIRECCION: CLL 5 N. 1A-40 RIVERA TELEFONO: 3134275104

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	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											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.03	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.03	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.03	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.03	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21712	TORAX	2023.08.03	879301		MJJ				1	648,100	648,100
21715	ABDOMEN TOTAL	2023.08.03	879420		MJJ				1	852,900	852,900
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.08.03	890402		DAO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.03	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.08.03	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.08.03	S22101		VIC				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	2,103,204	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,103,204

SON: DOS MILLONES CIENTO TRES MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.10 05:27:44 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 01f5c89e5015976efd524c174b20dc41030ae0d21ad5dc3aa39209691348364b4b80f2f77360ecc944250f21b522e65a0

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

19

FACTURA:	50437
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 586,004
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,517,200
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.10	17:25:26	2023.09.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50437

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
CONTRATO/PLAN
001 02 SOAT 50% DESC

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 164159
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2023.08.03 - 08:50
FEC-HORA EGRESO: 2023.08.03 - 11:09

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1081158443 ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS
EDAD : 29 Años
DIRECCION: CLL 5 N. 1A-40 RIVERA
TELEFONO: 3134275104

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	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											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.03	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.03	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.03	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.03	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21712	TORAX	2023.08.03	879301		MJJ				1	648,100	648,100
21715	ABDOMEN TOTAL	2023.08.03	879420		MJJ				1	852,900	852,900
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.08.03	890402		DAO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.03	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.08.03	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.08.03	S22101		VIC				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	2,103,204	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,103,204

SON: DOS MILLONES CIENTO TRES MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.10 05:27:44 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 01f3289b80f5876efd5242174b20dc41030ae0d21ed5dc3aa3920969114836d4b90f2f77060ecc944250f21b522f65a0

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

19

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 50437

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

ESPINOSA — 1er.Apellido o Razon Social

CORTES — 2do.Apellido

JUAN — 1er.Nombre

CARLOS — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC [X] CE PA TI RC AS MS

No. Documento: 1081158443

De: 41615 Fecha de Nacimiento: 1994/06/13 Sexo: F [ ] M [X]

Direcci¾n: CLL 5 N. 1A-40

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3134275104

Municipio: RIVERA Cod. 615

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]

Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]

Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CRA 5 CON CLL 19

Fecha Evento/Accidente: 2023/08/3 Hora: 08:12

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U [X] R [ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA LCZ45G FUE COLISIONADO POR UN VEHICULOY CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: AKT Placa: LCZ45G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8097612000 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/23 Hasta: 2023/12/22

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GUTIERREZ — 1er.Apellido o Razon Social

ALVAREZ — 2do.Apellido

DORALID — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC [X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1081153372

Direccion: CLL 5 N 1A 40

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: 3138159071 Total Folios: 0

21

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
ESPINOSA	CORTES

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	CARLOS

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1081158443

Direcci¾n: CLL 5 N 1A 40

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3134275104

Municipio: RIVERA **Cod.** 615

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/08/3 **a las** 08:50

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico relacionado de Ingreso

S301 CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

Fecha de Egreso: 2023/08/3 **a las** 11:09

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico relacionado de Egreso

S301 CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2103204	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58834

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1081158443	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 5 N. 1A-40		
FCHA.NACTO:	1994.06.13	EDAD:	29 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3134275104
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.08.03	HORA DE INGRESO: 08:50
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2023.08.03	HORA DE EGRESO: 11:09
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO1: S301 - CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
RELACIONADO2: S500 - CONTUSION DEL CODO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.03-09:16:05 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA LCZ45G FUE COLISIONADO POR UN VEHICULOY CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 08+50
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 115/60 FC: 78 FR: 20 TEMP: 36.5 PESO: 68 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS CON DOLOR EN HEMITORAX IZQ
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR A LA PALPACION EN FLANCO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA , SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58834

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1081158443	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 5 N. 1A-40		
FCHA.NACTO:	1994.06.13	EDAD:	29 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3134275104
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR MAS LIMITACION FUNCIONAL EN CODO Y ANTEBRAZO IZQ, ADEMAS EN RODILLA Y PIERNA IZQ NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASIONES EN HEMITORAX ANTERIOR DERECHO, CODO
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV XX CC/H O TAPON VENOSO
- SS/ VALORACION POR __
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.08.03-09:18:28 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

17

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58834

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1081158443	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 5 N. 1A-40		
FCHA.NACTO:	1994.06.13	EDAD:	29 A·	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3134275104
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NOTA ACLARATORIA
PACIENTE CON CUADRO DESCRITO, SE INDICA VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL

*** FECHA: 23.08.03-09:23:12 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 09:18 / 09:26 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN CODOS BILATERALES + ABDOMEN + PIERNA IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

*** FECHA: 23.08.03-10:12:47 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE ABDOMEN SIMPLE NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

TAC DE TORAX NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFCIAL..

*** FECHA: 23.08.03-10:38:33 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58834

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1081158443	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 5 N. 1A-40		
FCHA.NACTO:	1994.06.13	EDAD:	29 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3134275104
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 114/68 MMHG, FC: 74 X MIN, FR: 16 X MIN, SATURACION: 99%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON LEVE DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO Y FOA ILIACA IZQUIERDA, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:
TAC DE TOTRAX Y ABDOMEN : SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES, NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX Y ABDOMEN SUPERFICIAL.

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX Y ABDOMEN , SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

*** FECHA: 23.08.03-11:02:48 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN HEMITORAX IZQ HEMIABDOMEN IZQ Y EXTREMIDADES
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR EDEMA EN ANTEBRAZO, CODO , RODILLA , PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQUEIRDOS NEUROVASCULAR NORMAL
RX SE OBSERVAN NORMALES
DX: CONTUSIONES
PLAN: SALIDA CON ANALGESICOS ORALES
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58834

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1081158443	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 5 N. 1A-40		
FCHA.NACTO:	1994.06.13	EDAD:	29 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3134275104
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** FECHA: 23.08.03-11:07:18 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, VALORADO POR ESPECIALIDADES, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR MADURO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

14

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 58834

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1081158443	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 5 N. 1A-40		
FCHA.NACTO:	1994.06.13	EDAD:	29 A	CIUDAD:	RIVERA	TEL:	3134275104
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.08.03-11:10:53 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.03-11:09:55 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S202 - CONTUSION DEL TORAX		
RELACIONADO 1:	S301 - CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL		
RELACIONADO 2:	S500 - CONTUSION DEL CODO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

RM 1118849376
MEDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 164159

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -164159 **Fecha** 2023/08/3

Nombre Paciente: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS - 1081158443 **Edad:** 29 **Sexo:** M

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
3. S301-CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
4. S500-CONTUSION DEL CODO
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
3. S301-CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
4. S500-CONTUSION DEL CODO
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	VIC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN CODOS BILATERALES + ABDOMEN + PIERNA IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 5-Ago-2023 16:22:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS

860028415 ESPINOSA CORTES JUAN EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.08.0 08:50

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 29 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1081158443 ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS 1 NIVEL I RIVERA CLL 5 N. 1A-40 3134275104

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.08.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2023.08.03	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2023.08.03	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2023.08.03	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	VIC	10.00
2023.08.03	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	VIC	1.00
2023.08.03	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00

PACIENTE: 1081158443 ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS **EDAD:** 29

DIRECCION: CLL 5 N. 1A-40 **TELEFONO:** 3134275104

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58007 **FECHA SINIESTRO:** 2023.08.02 **Nº POLIZA:** 8097612000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 3 de agosto de 2023						
09:17:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	MFA	
09:17:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	MFA	
09:17:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS No. Identif. 1081158443 Edad. 29

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.08.03

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	20.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:**	20.00	1 TAB VO CADA 8 HORAS.
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:**	24.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.

RM. 1118849371
MEDICO GENERAL

MEDICO FARMACIA Juan Carlos Espinosa PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -191404

FECHA EMISION: 2023.08.03
HORA: 11:07:50
PAGINA No: 1

USUARIO: ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS
FECHA DE PEDIDO: 2023/08/3
DOC.IDENT: CC 1081158443 CAMA: -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	LAB CEFRAX TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	24.00
		TOTAL CANTIDAD:	64.00

Juan Carlos Espinosa
Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.08.10
HORA:	14:59:36
PAGINA No:	1

Numero: 81407 Fecha Ex. 03/08/23 Hora 11:06
Nombre Paciente: 1081158443 ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS
Dirección: CLL 5 N. 1A-40 Telefono:3134275104 Edad:29 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE ABDOMEN SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
Hay edema de los tejidos blandos del antebrazo

RADIOGRAFIA DE 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.
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 las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el tórax en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el opérculo torácico hasta planos inferiores de las hemidiafragmas.

HALLAZGOS:

No hay datos clínicos.
A nivel del tejido pulmonar la trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
No hay focos pulmonares consolidativos.
La distribución de la vasculatura es normal.
No hay compromiso pleural.
No se observan derrames pleurales ni cámaras de neumotórax.
A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea principal, la tráquea, la Carina y los bronquios fuentes con aspecto normal.
El cayado aórtico se advierte sin alteraciones.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
No se confirma cardiomegalia.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
No se observan masas ni nódulos mediastinales.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.08.10
HORA:	14:59:36
PAGINA No:	2

Numero: 81407 Fecha Ex. 03/08/23 Hora 14:58
Nombre Paciente: 1081158443 ESPINOSA CORTES JUAN CARLOS
Dirección: CLL 5 N. 1A-40 Telefono:3134275104 Edad:29 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE ABDOMEN SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA DEL TÓRAX:
Dentro de límites normales.

TAC DE ABDOMEN SIMPLE

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el abdomen en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el apéndice xifoides hasta la sínfisis del pubis.

HALLAZGOS:

A nivel del tejido pulmonar se advierte adecuada expansión pulmonar bilateral.
El aspecto y la distribución de la trama vascular pulmonar es usual.
No se observan consolidaciones del tejido pulmonar ni otras alteraciones de carácter evolutivo.
No hay compromiso pleural.
El hígado tiene morfología general, contornos y volúmenes normales, su densidad homogénea esta conservada.
No hay alteraciones focales del tejido hepático.
El bazo no muestra alteraciones.
La vesícula biliar, el páncreas y las glándulas suprarrenales no muestran alteraciones.
Los riñones tienen morfología, tamaño y disposición usual.
Su densidad homogénea esta conservada.
No hay dilatación de los sistemas colectores.
Aorta y vena cava inferior con trayecto y diámetros normales.
No hay alteraciones retroperitoneales.
Los pilares diafragmáticos y los músculos psoas tienen contexto normal.
En la cavidad pélvica se observa en la vejiga urinaria en situación central de contornos regulares, sin defectos intrínsecos.
Las vesículas seminales, la próstata, el recto y la grasa peri -rectal no muestran cambios.
En el resto del examen del abdomen se observa la cámara gástrica y ases intestinales con aspecto distribución y contenido conservados.
No hay evidencia de masas, colecciones liquidas ni presencia de líquido libre en cavidad peritoneal.

CONCLUCIÓN
ESCANOGRAFIA ABDOMINAL:
Dentro de límites normales.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 03/08/23

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Juan Espinoza identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1081158443 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 03/08/23 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

Juan Carlos Espinoza

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c. 1081158443

Acudiente o Representante

_____

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

5

SOAT

POLIZA DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022-12-22	2022-12-23	2023-12-22

No. DE PÓLIZA.	PLACA No	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA TIOS	MODELO
8097612000	LCZ45G	MOTOS	PARTICULAR	124	2023

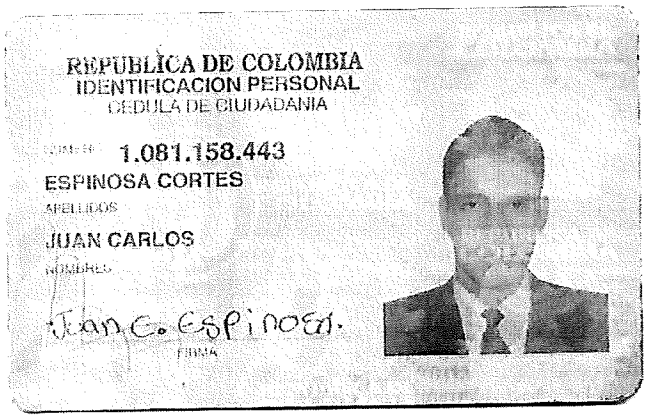
PASAJER OS	MARCA	CARROCERIA
2	AKT	
	LÍNEA VEHÍCUL AK125TTR EIII	

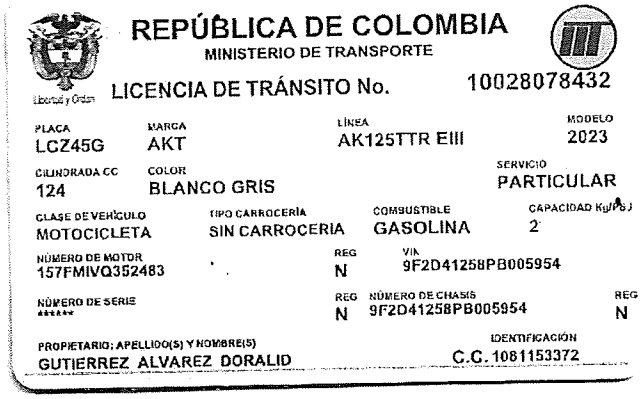
No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
157FMIVQ352483	9F2D41258PB005954	9F2D41258PB005954	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GUTIERREZ ALVAREZ, DORALID	3138159071	CC	1081153372	RIVERA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN SOBRE LA	TASA RUNT	AMPAROS POR MUERTE A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS	HASTA	
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100		800*	SALARIO





4

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC: 2022-12-22
VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2022-12-23
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2023-12-22

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA	MODELO
8097612000	LCZ45G	MOTOS	PARTICULAR	124	2023

PASAJER	MARCA	CARROCERIA
2	AKT	
LÍNEA VEHICUL	AK125TTR EIII	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
157FMIVQ352483	9F2D41258PB005954	9F2D41258PB005954	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GUTIERREZ ALVAREZ, DORALID	3138159071	CC	1081153372	RIVERA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCION	TASA RUNT	AMPAROS POR	HASTA	
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS	800*	SALARIO



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1994
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
19-SEP-2012 RIVERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1066400 00415661-M 1081158443 20121206 0031866185A 1 38196304

RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE ******
POTENCIA HP 10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902022000171917
LT | FECHA IMPORT. 19/10/2022
PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - FINANCIACION AMIGA S.A.S.
FECHA MATRÍCULA 27/12/2022
FECHA EXP. LIC. TTO. 27/12/2022
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
UND MCPAL TTOYTTE PALERMO



LT07002153622

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1081153372
NOMBRES	DORALID
APELLIDOS	GUTIERREZ ALVAREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	RIVERA

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:	08/05/2023 16:26:54	**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.

2

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	LCZ45G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028078432	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125TTR EIII
MODELO:	2023	COLOR:	BLANCO GRIS
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMIVQ352483
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D41258PB005954	NÚMERO DE VIN:	9F2D41258PB005954
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	27/12/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8097612000	22/12/2022	23/12/2022	22/12/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:38:20 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. FEC150437

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-10 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
01f3289b80f5876efd5242174b20dc41030ae0d21ed5dc3aa392
0969114836d4b90f2f77060ecc944250f21b522f65a0

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2103204

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-09-09 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
8814ddaea658260852fc4db410e837428c135625d8aef5b0ff0b4
0874c0c91dead289fc3480bd8bc4034e843c12f5057

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-10 05:27:44.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150437

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-10 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
01f3289b80f5876efd5242174b20dc41030ae0d21ed5dc3aa3920969114836d4b90f2f77060ecc944250f21b522f65a0

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
09c85a993cadd1e31caa83ff6b9844489ce1eedbc664070b148916fc435a2980fcd6ab7e47a97d97e64cf35083ed5173

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-10 11:20:42.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
85e3c3b10ded3d85402f02e49d1370db166b0465073594e82c23a48ce3ecef1ce8551393d6fa33a7f88a614c03b3cb30

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-24 03:10:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:38:20 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. FEC150437

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-10 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
01f3289b80f5876efd5242174b20dc41030ae0d21ed5dc3aa392
0969114836d4b90f2f77060ecc944250f21b522f65a0

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
aef5be3c0758ce42baabba97bc6151a5c393283b7f24050553f4
d2275c94e8151ff87ec807b7cd8dd42028e5125c9d0e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-24 03:10:44.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.17	15:19:47	2023.09.16

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50784

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 164838

CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.08.15 - 13:27
FEC-HORA EGRESO: 2023.08.15 - 19:31

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1645950 RICO SALAZAR ALVARO
EDAD : 74 Años
DIRECCION: VEREDA LETRAN YAGUARA
TELEFONO: 3152594055
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	15-Ago-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	15-Ago-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	15-Ago-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	15-Ago-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	15-Ago-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	15-Ago-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	15-Ago-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	15-Ago-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	15-Ago-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	15-Ago-2023	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	291,400	291,400
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	15-Ago-2023	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	172,100	172,100
39119	GRUPO 08	15-Ago-2023	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	76,300	76,300
39210	GRUPO 08	15-Ago-2023	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	15-Ago-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								120	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								120	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA D
Cufe: c4f0a86554cf464bd7ff85777e32e0dc093e03fbba9569
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F

CODIGO DEL COMERCIO
)0.110.181-9
ina vigencia de: 12 Meses
000 AUTORIZA
)67b14dc73d6e
IJILLO Nit: 93.355.451 - 0
A COLOMBIA S. A. S Nit: 900.336.126 - 6

Recibido!
21 de Septiembre del 2023
20187499

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 Contribuyentos

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.17	15:19:47	2023.09.16

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50784

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 164838
CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.08.15 - 13:27
FEC-HORA EGRESO: 2023.08.15 - 19:31

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1645950 RICO SALAZAR ALVARO
EDAD : 74 Años
DIRECCION: VEREDA LETRAN YAGUARA
TELEFONO: 3152594055
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	15-Ago-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	15-Ago-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	15-Ago-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	15-Ago-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	15-Ago-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	15-Ago-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	15-Ago-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	15-Ago-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	15-Ago-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	15-Ago-2023	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	291,400	291,400
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	15-Ago-2023	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	172,100	172,100
39119	GRUPO 08	15-Ago-2023	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	76,300	76,300
39210	GRUPO 08	15-Ago-2023	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	15-Ago-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
246800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
246800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
246900	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X1 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								120	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								120	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: cf0a665b4cc464bd7ff85777e32e0dc093e03fbba9569022a2a2b2905085933614455af2a38bccea4b67b14dc73d6c

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.17	15:19:47	2023.09.16

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50784

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
218170-0	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML								10	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								15	0	0
20089724	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								30	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								30	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.08.15	890202		HAP				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.08.15	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	3,700,300	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,700,300

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.17 03:22:12 PM

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 3410a86554ef464bd7ff857776e32e0dc093e03fbba956907f42a2025290508593341445af2a38bcce44b67b14dc73d6c

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

22

FACTURA:	50784
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,590,100
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 110,200
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

No.Radicado

RG [ ]

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 50784

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

RICO — **1er.Apellido o Razon Social**

SALAZAR — **2do.Apellido**

ALVARO — **1er.Nombre**

2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS

No. Documento: 1645950

De: 41885 **Fecha de Nacimiento:** 1948/12/31 **Sexo:** [ ] F [X] M

Direcci¾n: VEREDA LETRAN

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3152594055

Municipio: YAGUARA **Cod.** 885

Condicion del accidentado: [ ] Conductor [ ] Peaton [X] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: **Sismo** [ ] **Maremoto** [ ] **Erup. Volcanicas** [ ] **Huracßn** [ ]

Inundaciones [ ] **Avalancha** [ ] **Desliz. de Tierra** [ ] **Incendio Natural** [ ]

Terroristas: **Explosi¾n** [ ] **Masacre** [ ] **Mina Antipersonal** [ ] **Combate** [ ]

Incendio [ ]

Otros [ ] **Cual?** **Ataques a Municipios** **Desplazados**

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 5 VIA VEREDA LETRAN YAGUARA

Fecha Evento/Accidente: 2023/08/15 **Hora:** 10:10

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: YAGUARA **Cod.** 885 **Zona:** [ ] U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA EXE64G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN VEHICULO TIPO CAMION Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: **Aseg.** [X] **No Aseg.** [ ] **Vehi. Fantasma.** [ ] **P¾liza falsa** [ ] **Vehiculo en Fuga** [ ]

Marca: BAJAJ **Placa:** EXE64G

Tipo de Servicio: **Particular** [X] **Publico** [ ] **Oficial** [ ] **Vehiculo de Emergencia** [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] **Vehi. de transporte masivo** [ ] **Vehi. Escolar** [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 **intervenci¾n de la Auto.** **Si** [ ] **No** [X]

Poliza SOAT No 8085558000 **Cobro excedente P¾liza** **Si** [ ] **No** [ ]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2022/08/21 **Hasta:** 2023/08/20

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GUERRERO — **1er.Apellido o Razon Social**

ROJAS — **2do.Apellido**

HECTOR — **1er.Nombre**

JAVIER — **2do.Nombre**

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC

No. Documento 1004304895

Direccion: CALLE 4 N 11 52

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3163660952 **Total Folios:** 0

25

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
GUERRERO	ROJAS
1er.Nombre	**2do.Nombre**
HECTOR	JAVIER

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1004304895

Direcci¾n: CALLE 4 N 11 52

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3163660952

Municipio: YAGUARA **Cod.** 885

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/08/15 a las 20:49

Prestador que remite: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que Remite: JHOAN ALBEIRO BAZAN **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/08/16 a las 07:23

Prestador que recibe: HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO **C¾digo de inscripci¾n:** 410010056201

Direccion: Calle 9 N 15 25 **Telefono:** 8716631 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JUAN FELIPE LOZANO **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia BÃsica** [ ] **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: 2023/08/15 **a las** 13:27

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 2023/08/15 **a las** 19:31

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ANGELICA	MARIA
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
PRADA	GOMEZ

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 55302763

N·mero de Registro de MÚdico 55302763

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3700300	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

24

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+	TEL:	3152594055

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.08.15 — HORA DE INGRESO: 13:27
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.08.15 — HORA DE EGRESO: 19:31
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO1: S028 - FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.15-13:56:29 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA EXE64G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN VEHICULO TIPO CAMION Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 01:35 PM
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE YAGUARA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY , OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.
EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 159 PESO: 55 IMC: 22 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. EDEMA INTENSO EN HEMICARA IZQUIERDA CON EQUIMOSIS PERIORBITARIO A ESTE NIVEL, CON ABRASION EN REGION DE LA MEJILLA, CON CONTAMINACION Y NECROSIS DE LOS BORDES. DOLOR EN MACIZO FACIAL IZQUIERDO Y DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MUMURLLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION,
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

21

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN		
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3152594055
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA IZQUIERDA. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15 CEFALEA INTENSA DE MODERADA INTENSIDAD.
<<PIEL>>
HERIDA TIPO ABRASIONES EN REGION DE LA MEJILLA IZQUIERDA, CON ESFACELACION DE LA PIEL, BORDES NECROTICOS Y CONTAMINACION. HERIDAS MULTIPLES TIPO ABRASION CON ESFACELACION DE LA PIEL Y NECROSIS DE LA MISMA, CON CONTAMINACION EN REGION DE ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA IZQUIERDA. HERIDAS TIPO ESFACELACIONES PROFUNDAS ABIERTAS A NIVEL DE HOMBRO DE 3 CM, CODO DE 3 CM, 4 CM, 2. 5 CM Y 1 CM, Y MANO A NIVEL DEL DORSO 3 CM, 2 CM, 2,5 CM, LAS CUALES SON DE SANGRADO FACIL.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 74 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. SE TOMAN PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA PT Y TPT, INR, CREATININA, GLUCOSA EN SANGRE.
TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
PLAN
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- LEV A 40 CC HORA
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ** .

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN		
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3152594055
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- VALORACION POR ORTOPEDIA, CIRUGIA PLASTICA, MAXILOFACIAL
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLCIAR IM AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.08.15-14:22:36 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: 13:58 / 14:06 DURACION: 00:08

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, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION Y HERIDA EN POMULO IZQUIERDO + HERIDA EN ANTEBRAZO IZQUERDO + ABRASION EN RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION Y HERIDA 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 CUBIERTO CON GASA + VENDAJE ELASTICO

*** FECHA: 23.08.15-14:56:42 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE: NO SIGNOS DE COLECCIONES, NO SIGNOS DE FRACTURAS, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, LINEA MEDIA SIN DESVIACIONES.

TAC DE CARA: SE SOSPECHA FRACTURA DE PISO DE ORBITA IZQUIERDA, NO DESPLAZADA. SIN EMBARGO PENDIENTE LECTRUA OFICIAL.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN LUXACION NI FRACTURA: RELACIOENS ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: SIN LUXACION NI FRACTURA. RELACIOENS ARTICULARES CONSERVADAS.

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN		
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3152594055
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN LUXACION NI FRACTURA. RELACIOENS ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: SIN LUXACION NI FRACTURA. RELACIOENS ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL: SIN LUXACION NI FRACTURA. RELACIOENS ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURAS OFICIALES.

*** FECHA: 23.08.15-14:58:20 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMAS MULTIPLES
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR EDEMA EN CARA, TRAUMA FACIAL DE TEJIDOS BLANDOS CON ABRASIONES A ESTE NIVEL. MULTIPLES ABRASIONES EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO Y EN RDILLA IZQUIERDA. ABRASIONES MULTIPLES.
NEUROVASCULAR NORMAL
RX SE OBSERVAN NORMALES
DX: CONTUSIONES , ABRASIONES MULTIPLES
PLAN: SALIDA CON ANALGESICOS ORALESY ANTIBIOTICO.
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS
PENDIENTE CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA DE SUS HERIDAS.

*** FECHA: 23.08.15-17:07:00 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON POLITRAUAMTISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CON REPORTE DE PARACLINICOS DONDE SE EVIDENCIA RECUENTO DE PLAQUETAS BAJA EN NIVEL CRITICO, ACTUALMENTE CONTINUA SANGRANDO POR LAS HERIDAS DESCRITAS, Y EVIDENCIA DE HEMATOMA EN HEMICARA IZQUIERDO MARCADO.
SE CONSIDERA TOMAR RECUENTO MANUAL DE PLAQUETAS PARA RECONFIRMAR ESTE REPORTE Y CON ESTO DEFINIR CONDUCTA.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
hemograma: leuco: 5.920 neutro: 87.9 linf: 9.1 hb: 9.5 hto: 26.5 plaq: 5.000 (recuento confirmado con la misma muestra)
glucosa en sangre: 138 creatinina 1.1 tp: 12.3 tpt: 23.0 inr: 1.08

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RECUENTO MANUAL DE PLAQUETAS AHORA.

*** FECHA: 23.08.15-17:46:35 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON POLITRAUAMTIMSO CON MULTIPLES ABRASIONES Y TRAUMA FACIAL IMPORTANTE, CON PERSISTNECIA DEL SANGRADO ACTIVO POR LAS ABRASIONES, CON RECUENTO MANUAL DE PLAQUETAS CONFIRMADO EN 6.000 ACTUALMENTE EN RANGO CRITICO DE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN		
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3152594055
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

TRANSFUSION, POR LO CUAL REQUIERE SER REMITIDO A UN MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RECUENTO MANUAL DE PLAQUETAS CONFIRMADO EN 6000

*** FECHA: 23.08.15-18:01:00 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NOTA ACLARATORIA.
PACIENTE POR LAS LESIONES QUE PREENTA REQUIERE MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA PARA ADECUADO MANEJO DEL FOCO SEPTICO, POR LO CUAL SERA LLEVADO A CIRUGIA Y POSTERIOR A ESTO CONTINUAR PROCESO DE REMISION A NIVEL SUPERIOR PARA MANEJO INTERDISCIPLINARIO.

*** FECHA: 23.08.15-18:14:18 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE TRASLADA A SALAS DE CIRUGIA PARA PROCEDIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE.
TIENE PENDIENTE VALROACION POR MAXILOFACIAL
INICIAR TRAMITE DE REMISION EN CUANTO RETORNE A URGENCIAS.

*** FECHA: 23.08.15-18:26:24 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.15-18:26:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.08.15-18:39:11 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 136/74 FC: 61 FR: 18 TEMP: 36.2 TALLA: 168 PESO: 65 IMC: 23

** EXASMEN FISICO:

17

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN		
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3152594055
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

CARA: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA CON GRAN HEMATOMA A NIVEL DE MALAR IPSILATERAL NO EXPANSIVO CON ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO A ESTE NIVEL.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO Y ESFACELACION DE PIEL A NIVEL DE BRAZO, CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA IZQUIERDOS; HERIDAS TIPO ESFACELACIONES PROFUNDAS ABIERTAS A NIVEL DE HOMBRO DE 3 CM, CODO DE 3 CM, 4 CM, 2. 5 CM Y 1 CM, Y MANO A NIVEL DEL DORSO 3 CM, 2 CM, 2,5 CM, LAS CUALES SON DE SANGRADO FACIL.

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 18:28
PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CX PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.15-18:39:08 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.08.15-18:39:59 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 136/74 FC: 61 FR: 18 TEMP: 36.2 TALLA: 168 PESO: 65 IMC: 23

** EXASMEN FISICO:
CARA: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA CON GRAN HEMATOMA A NIVEL DE MALAR IPSILATERAL NO EXPANSIVO CON ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO A ESTE NIVEL.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO Y ESFACELACION DE PIEL A NIVEL DE BRAZO, CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA IZQUIERDOS; HERIDAS TIPO ESFACELACIONES PROFUNDAS ABIERTAS A NIVEL DE HOMBRO DE 3 CM, CODO DE 3 CM, 4 CM, 2. 5 CM Y 1 CM, Y MANO A NIVEL DEL DORSO 3 CM, 2 CM, 2,5 CM, LAS CUALES SON DE SANGRADO FACIL.

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 18:29

16

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN		
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3152594055
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

*** FECHA: 23.08.15-19:26:38 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 18:30 / 19:00 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 4 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 4 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 16157
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CARA: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA CON GRAN HEMATOMA A NIVEL DE MALAR IPSILATERAL NO EXPANSIVO CON ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO A ESTE NIVEL.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO Y ESFACELACION DE PIEL A NIVEL DE BRAZO, CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA IZQUIERDOS; HERIDAS TIPO ESFACELACIONES PROFUNDAS ABIERTAS A NIVEL DE HOMBRO DE 3 CM, CODO DE 3 CM, 4 CM, 2. 5 CM Y 1 CM, Y MANO A NIVEL DEL DORSO 3 CM, 2 CM, 2,5 CM, LAS CUALES SON DE SANGRADO FACIL.

DESCRIPCION:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDAS ESFACELADAS EN HOMBRO, CODO Y DORSO DE MANO IZQUIERDOS, CON PUNTOS SEPARADOS DE AFRONTAMIENTO PARA UTILIZAR LA PIEL ESFACELADA COMO INJERTOS DE PIEL (MEMBRANAS NATURALES) Y EVITAR HEMORRAGIA.
- POR VIA 2, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS
- POR VIA 3, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN		
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3152594055
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES. SE CUBRE MANO Y CODO IZQUIERDOS CON GASAS + ISODINE + VENDAJE ELASTICO.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

NOTA: NO SE DRENA EL HEMATOMA EN CARA POR LA TROMBOCITOPENIA MARCADA QUE PRESENTA EL PACIENTE.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.08.15-19:31:28 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE INDICA ALTA POR CIRUGIA PLASTICA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR PERSONAL DE URGENCIAS.

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
TRASLADO A OBSERVACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO Y REMISION A OTRA INSTITUCION
ALTA POR CIRUGIA PLASTICA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA
RECOMENDACIONES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

RECOMENDACIONES:
HIELO EN CARA POR 3 DIAS
RETIRO DE PUNTOS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN 10 DIAS
APLICAR RIFOCINA SPRAY (O MERCURIO CROMO) EN AREAS DE TRAUMA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

1A

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59057

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RICO SALAZAR ALVARO

DOC.IDENT:	CC 1645950	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LETRAN		
FCHA.NACTO:	1948.12.31	EDAD:	74 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3152594055
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Observaci¢n SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.15-19:31:16 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S418 - HERIDAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL HOMBRO		
RELACIONADO 1:	S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		
RELACIONADO 2:	S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugia Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

DR@. HAROL ALBERTO PERDOMO
REG. MED: 7708263

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16157

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -164838 Fecha 15/08/23

Nombre Paciente: RICO SALAZAR ALVARO 1645950 Edad: 74 Sexo: M

Hora inicio 18:30 Hora fin: 19:00 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HAP- HAROL ALBERTO PERDOMO Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. T141-ABRASIONES	1. T141-ABRASIONES
2. S028-FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA	2. S028-FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	HAP	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HAP	4 - 2i+ #Via, =Ciruj
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE	HAP	4 - 2i+ #Via, =Ciruj

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: CARA: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA CON GRAN HEMATOMA A NIVEL DE MALAR IPSILATERAL NO EXPANSIVO CON ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO A ESTE NIVEL.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO Y ESFACELACION DE PIEL A NIVEL DE BRAZO, CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA IZQUIERDOS; HERIDAS TIPO ESFACELACIONES PROFUNDAS ABIERTAS A NIVEL DE HOMBRO DE 3 CM, CODO DE 3 CM, 4 CM, 2. 5 CM Y 1 CM, Y MANO A NIVEL DEL DORSO 3 CM, 2 CM, 2,5 CM, LAS CUALES SON DE SANGRADO FACIL.

DESCRIPCION:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDAS ESFACELADAS EN HOMBRO, CODO Y DORSO DE MANO IZQUIERDOS, CON PUNTOS SEPARADOS DE AFRONTAMIENTO PARA UTILIZAR LA PIEL ESFACELADA COMO INJERTOS DE PIEL (MEMBRANAS NATURALES) Y EVITAR HEMORRAGIA.
- POR VIA 2, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS
- POR VIA 3, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS

- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES. SE CUBRE MANO Y CODO IZQUIERDOS CON GASAS + ISODINE + VENDAJE ELASTICO.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

NOTA: NO SE DRENA EL HEMATOMA EN CARA POR LA TROMBOCITOPENIA MARCADA QUE PRESENTA EL PACIENTE.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16157

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -164838 Fecha 15/08/23

Nombre Paciente: RICO SALAZAR ALVARO 1645950 Edad: 74 Sexo: M

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

NO

Rayos X Intraoperatorios

NO

Intensificador de Imagen

NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1645950

ADMISION N_: 164838

NOMBRE: RICO SALAZAR ALVARO **Num. Id-:** CC 1645950
FECHA NACIMIENTO: 1948.12.31 **EDAD:** 74 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.08.15 **HORA DE INGRESO:** 18:39:11 **Fecha/Hora de registro:** 2023.08.15 18:39
DIRECCION: VEREDA LETRAN **CIUDAD:** YAGUARA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3152594055
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** MARTHA RICO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.08.15

<< REGISTRO: 18:39:11 >> (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA

"PARA LA CIRUGIA"

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<2023.08.15-13:56:29>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 164826

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2023.08.15-18:41:48>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 164826

PATOLOGICOS: ANEMIA Y TROMBOCITOPENIA

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 136/74 **FC:** 61 **FR:** 18 **Tmp:** 36.2 **PESO:** 65 **TALLA:** 168

EXAMEN FISICO

CARA: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA CON GRAN HEMATOMA A NIVEL DE MALAR IPSILATERAL NO EXPANSIVO CON ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO A ESTE NIVEL.

EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO Y ESFACELACION DE PIEL A NIVEL DE BRAZO, CODO, ANTEBRAZO,

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1645950

ADMISION N_: 164838

NOMBRE: RICO SALAZAR ALVARO **Num. Id-:** CC 1645950

FECHA NACIMIENTO: 1948.12.31 **EDAD:** 74 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.08.15 **HORA DE INGRESO:** 18:39:11 **Fecha/Hora de registro:** 2023.08.15 18:39

DIRECCION: VEREDA LETRAN **CIUDAD:** YAGUARA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3152594055

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** MARTHA RICO

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

MUÑECA, MANO Y RODILLA IZQUIERDOS; HERIDAS TIPO ESFACELACIONES PROFUNDAS ABIERTAS A NIVEL DE HOMBRO DE 3 CM, CODO DE 3 CM, 4 CM, 2. 5 CM Y 1 CM, Y MANO A NIVEL DEL DORSO 3 CM, 2 CM, 2,5 CM, LAS CUALES SON DE SANGRADO FACIL.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S028 FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA

EVOLUCION

NOTA RETROSPECTIVA 18:28

PACIENTE CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, POR LO QUE SE ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA.

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CX PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.15-18:39:08 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

9

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CX PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2023.08.15 **HORA DE EGRESO:** 18:39:08 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

Dr. HAROL ALBERTO PERDOMO
Registro Medico: 7708263

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

8

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 164826 - 10000

NOMBRE:	RICO SALAZAR ALVARO		C.C. -TI-RC-OTRO	1645950	
EDAD:	74 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1948.12.31	SEXO:	M
DIRECCION:	VEREDA LETRAN			TELEFONO:	3152594055
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	MARTHA RICO			TELEFONO:	3152594055

FECHA: 2023.08.15

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA Y AREA GENERAL MAS DERMOABRASION CARA Y AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.08.15-13:56:29>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 164826

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><<2023.08.15-18:41:48>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 164826

PATOLOGICOS: ANEMIA Y TROMBOCITOPENIA

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 131/70 **FC:** 72 **FR:** 21 **PESO:** 55 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
EDEMA, DEFORMIDAD, DOLOR Y HERIDAS EN HEMICARA IZQUIERDA, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOPS, RODEADAS DE TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO. SE PALPA CREPITACION DE HUESOS DE LA HEMICARA IZQUIERDA POR FRACTURA DE LOS MISMOS

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
ABRASIONES EN HOMBRO, BRAZO, ANTEBRAZO, MANO Y RODILLA IZQUIERDA CON TATUAJE TRAUMATICO Y CONTAMINACION CON TIERRA Y PIEDRAS.
MULTIPLES HERIDAS SUPERFICIALES, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS, EN BRAZO, ANTEBRAZO Y MANOI IZQUIERDOS

OTROS:
SIN ALTERACIOON

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 164826 - 10000

NOMBRE:	RICO SALAZAR ALVARO		C.C. -TI-RC-OTRO	1645950	
EDAD:	74 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1948.12.31	SEXO:	M
DIRECCION:	VEREDA LETRAN			TELEFONO:	3152594055
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	MARTHA RICO			TELEFONO:	3152594055

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T018
HERIDAS QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE REGIONES DEL CUERPO

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.08.15 **HORA:** 18:30:39

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA: _____ RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Rico	Salazar	Alvaro	16459

FECHA				EDAD			SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
15	8	23		74	A		H ☒ M ☐	168	65	1 2 3 4 5 U
Día	Mes	Año	Hora	Años	Meses	Días				

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx.			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Hallux valgus derecho + artrosis + dedo en martillo

OPERACION PROPUESTA Osteotomia + artrodesis + dedo en martillo

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

PyD - NO
CNS -
AL - NO

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI ___ NO ___ IOT SI ✓ NO ___ VIA AEREA N DIENTES N CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: RCBCP

RESUMEN Y PLAN: Anestesia general + sedo analgesia

		TIPO	
		BLOQUEO	
		PERIDURAL	
		ESPINAL	
✓		GENERAL	
RESERVA	ACEPTA	RECHAZA	NECESITA SANGRE: NO C.C.

PREMEDICACION: NO

ESTADO PSICOLOGO: Tranquilo

FIRMA: [signature]

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: DSC

REPARACION: E, A, C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION: O/C

CONCIENCIA: O/C

HEMORRAGIA: Negativo

REFLEJOS: Positivo

MOTILIDAD: positiva

DIURESIS: O/K

SENSIBILIDAD: O/C

PIEL: rojo brusco

HORA	18:30

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS: Ingresa vuno a sala de recuperacion bajo anestesia general sin complicaciones

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejoria

FIRMA: [signature]

S

EFECTOS PREMEDICACION:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E / A / C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No ____ ▽
I NT No ____
E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO ●

RESPIRACION ○

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION ◎

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE ▩

ECG ∧∧∧∨

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,15-Ago-2023 08:26:2

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** AMBULATORIA	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2023.08.1	13:27
001 0 SOAT	OTRO REGIMEN	74 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1645950 RICO SALAZAR ALVARO	1 NIVEL I		YAGUARA	VEREDA LETRAN	3152594055

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.08.15	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2023.08.15	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	30.00
2023.08.15	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML	MVT	10.00
2023.08.15	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	3.00
2023.08.15	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	30.00
2023.08.15	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	10.00
2023.08.15	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	4.00
2023.08.15	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.08.15	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	MVT	1.00
2023.08.15	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	MVT	1.00
2023.08.15	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	MVT	1.00
2023.08.15	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	MVT	1.00
2023.08.15	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	MVT	1.00
2023.08.15	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	120.00
2023.08.15	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	120.00
2023.08.15	LIF	AGUJA	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2	MVT	1.00
2023.08.15	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.08.15	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.08.15	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2023.08.15	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	4.00
2023.08.15	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	2.00
2023.08.15	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.08.15	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.08.15	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00
2023.08.15	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	MVT	2.00

Fecha: 15/08/2023

Usuario: LEIDY ORTIZ

ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YAGUARA

REMISIÓN DE PACIENTES

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - **A:** OTRA INSTITUCIÓN
CÓDIGO: 813003431 ESE LAURA PERDOMO GARCIA
MUNICIPIO: YAGUARA
FECHA SOLICITUD: 15/08/2023 **ESPECIALIDAD SOLICITANTE:** MEDICINA GENERAL

URGENCIAS

SERVICIO AL QUE REMITE: URGENCIAS

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: CC. 1645950 Paciente RICO SALAZAR ALVARO
Fecha Nacimiento: 31/12/1948 Edad: 74 año(s) Sexo MASCULINO
Residencia Habitual: COLOMBIA* HUILA* YAGUARA
Responsable del Paciente

Residencia Actual: YAGUARA

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL

Régimen Subsidiado - Número de Ficha Sisben: Nombre EPS/ARS/CAJA: EQUIDAD SEGUROSNivel de Pobreza: SOAT

SERVICIOS SOLICITADOS

VALORACION ORTOPEDIA - TAC DE CRANEO O RX FACIAL

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: V285 MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

OBSERVACIONES

ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PASAJERO

PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria Urgente

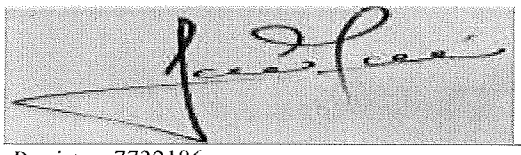
DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

PACIENTE LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO* CAIDA EN MOTOCICLETA EN CALIDAD DE PASAJERO A LA VALORACION SIGNOS VITALES NORMALES* AL EXAMEN FISICO PRESENTA HEMATOMA FACIAL EN REGION CIGOMATICA DERECHA* MULTIPLES ESCORIACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO* ESCORIACION EN RODIALLA DERECHA. NO EVIDENCIA DE CREPITOS O DEFORMIDAD EN MIEBROS* NO EVIDENCIA DE HEMATOMA O FRACTURA COSTAL* NO EVIDENCIA DE HEMATOMA ABDOMINAL. PACIENTE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA* RUIDOS CARDIORESPIRATORIOS NORMALES. CONSIDERO PACIENTE PUEDE CURSAR CON FRACTURA DE MALAR DERECHO* REQUIERE TOMA DE IMAGEN DIAGNOSTICA. SE CARGA REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA TOMA DE ESTE PARACLINICO.

PLAN
CURACION DE HERIDAS
DICLOFENACO 75 MG
TRASLADAR A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: JAIRO ALBERTO MARIN

Firma



Registro 7732186

3



FECHA DE NACIMIENTO 29-ENE-2003
YAGUARA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

02-FEB-2021 YAGUARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1909400-01215255-M-1004304895-20210215 0073439548A 1 8501433517

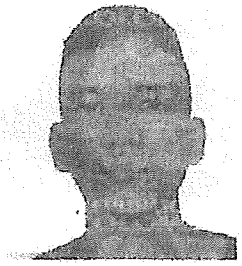
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.304.895
GUERRERO ROJAS

APELLIDOS
HECTOR JAVIER

NOMBRES

Héctor Guerrero
FIRMA



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ****** | POTENCIA HP 8

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
012021000017198

VE | FECHA IMPORT. 20/10/2021 | PUERTAS 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA 24/08/2022 | FECHA EXP. LIC. TTO. 24/08/2022 | FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LTO7001916391

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10026999483

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
EXE64G	BAJAJ	CT100 KS SPOKE	2022

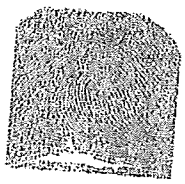
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
102	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
PFXWMB38194	N	9GJB37PF4NT044425

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GJB37PF4NT044425	N	9GJB37PF4NT044425	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN
GUERRERO ROJAS HECTOR JAVIER — C.C. 1004304895



FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1948
PALERMO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

09-NOV-1970 PALERMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1909400-00211693-M-0001845950-20100129 0020462522A 1 28309999

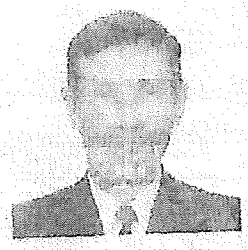
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.645.950
RICO SALAZAR

APELLIDOS
ALVARO

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	EXE64G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10026999483	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	CT100 KS SPOKE
MODELO:	2022	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GJB37PF4NT044425	NÚMERO DE MOTOR:	PFXWMB38194
NÚMERO DE CHASIS:	9GJB37PF4NT044425	NÚMERO DE VIN:	9GJB37PF4NT044425
CILINDRAJE:	102	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	24/08/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8085558000	20/08/2022	21/08/2022	20/08/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:39:26 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. FEC150784

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
c4f0a86554cf464bd7ff85777e32e0dc093e03fbba956902f42a28252905085933414 45af2a38bccea4b67b14dc73d6c

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3700300

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-09-16 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
d0bf448a2b00cc63e9a9683b2432c7350e47270614682fb0712a3f578b343811d089f33d291ee46c2068a24ea88ad829

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-17 03:22:12.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150784

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-17 12:00:00.000 UTC-5

CUFE:
c4f0a86554cf464bd7ff85777e32e0dc093e03fbba956902f42a28252905085933414 45af2a38bccea4b67b14dc73d6c

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
9c260d4a95ac9b8b56cfdd4880f130fe4630eb1af873b419cc814b5e6d637e34cae914a579cf0d535c3a2a66bbe1d50a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-17 08:27:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
679201ef930f06434d769170db4b46b43729de72286ecf1cc88ccd0d0ff203b9a35994d1a6d914210b8a63eaeb80aa1b

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-30 09:41:33.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:39:26 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. FEC150784

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-08-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
c4f0a86554cf464bd7ff85777e32e0dc093e03fbba956902f42a28252905085933414 45af2a38bccea4b67b14dc73d6c

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
08cc60197dfd72e018e512d37a3c1aad4a7437b89c0e7f7d5ad681b8e6b32c91df6952bcec248894ae91d7520437e557

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-30 09:41:41.000 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

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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.12	14:28:08	2023.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51691

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
CONTRATO/PLAN
001 01 SOAT

TIPO CONTRATO: EVENTO
TELEFONO: 8713072
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION

VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 165551,165564
FEC-HOR INGRES: 2023.08.27 - 02:15
FEC-HORA EGRESO: 2023.08.28 - 06:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
DIRECCION: CLL 29A SUR D N. 28A-13 NEIVA
EDAD : 23 Años
TELEFONO: 3118716413

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	4,892	29,352
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								18	250	4,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.27	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.27	873121		JAB				1	81,400	81,400

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO. SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA L

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TOD
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR PO

Autorizacion de facturacion de la Dian:
Modalidad ELECTRONICA

Cufe: a4ee0c1b2a6215fe86598c862e05679209bdf445471

67 CODIGO DEL COMERCIO
800.110.181-9
or una Modalidad de Pago
80000 AUTORIZA
b5881
RUJILLO Nit 93.355.451 - 0

Recibido!
18 de Octubre del 2023
20199429

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Facturador Electrónico Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

38

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.12	14:28:08	2023.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51691

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 165551,165564
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.08.27 - 02:15 | 2023.08.28 - 06:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA EDAD : 23 Años
DIRECCION: CLL 29A SUR D N. 26A-13 NEIVA TELEFONO: 3118716413

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	4,892	29,352
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								18	250	4,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.27	873206		JAB				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.27	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.27	873121		JAB				1	81,400	81,400

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: a4ee0c1b2a6215fe86598c862e05679209bdf4454716ecee088cce0372460a8e4896f8dce39caab68b5881dd1436cb91

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Software Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

38

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.12	14:28:08	2023.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51691

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.27	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.27	873121		JAB				1	81,400	81,400
21140	COLUMNA CERVICAL	2023.08.27	871010		JAB				1	103,100	103,100
21701	CRANEO SIMPLE	2023.08.27	879111		JAB				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.08.27	879131		JAB				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.08.27	879301		JAB				1	648,100	648,100
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.08.27	879150		JAB				1	683,300	683,300
	LABORATORIOS										
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.08.27	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.08.27	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.08.27	903841						1	18,600	18,600
19749	NITROGENO UREICO	2023.08.27	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.08.27	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.08.27	902049						1	43,700	43,700
19959	TROPONINA T	2023.08.27	903438						1	95,400	95,400
19959	TROPONINA T	2023.08.27	903438						1	95,400	95,400
	OTROS										
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.08.27	890402		JOH				1	71,300	71,300
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.08.27	890402		JCO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.27	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.08.27	890701		JAB				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.08.27	S22101		BRC				1	26,400	26,400
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2023.08.27	MERCUCROMO		BRC				10	0	0

VALOR BRUTO:	4,552,154	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,552,154

SON:CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.12 02:30:45 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: a4ee0c1b2a6215fe86598c862e05679209bdf4454716ecee088cce0372460a8e4896f8dce39caab68b5881dd1436cb91

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

37

FACTURA:	51691
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,471,370
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 3,080,784
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci?n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci?n: 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- 51691

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

SOTO — 1er.Apellido o Razon Social

LAISECA — 2do.Apellido

INGRITH — 1er.Nombre

CATALINA — 2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS

No. Documento: 1007258759

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 2000/06/11 Sexo: [X] F [ ] M

Direcci?n: CLL 29A SUR D N. 26A-13

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3118716413

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [ ] Conductor [ ] Peaton [X] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]

Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi?n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]

Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci?n de la Ocurrencia: CARRERA 2 CON CALLE 38 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/08/27 Hora: 01:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA KGX38G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR UNA CURVA 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: TVS Placa: KGX38G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci?n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8091185800 Cobro excedente P?liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/10/28 Hasta: 2023/10/27

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PIMENTEL — 1er.Apellido o Razon Social

GARCIA — 2do.Apellido

ABELARDO — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC No. Documento 96361508

Direccion: CLL 24A N 35A 27 SUR

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3227047798 Total Folios: 6

AC

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
HERNANDEZ	CALDERON

1er.Nombre	2do.Nombre
CARLOS	ALFONSO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] No. Documento 1003804508

Direcci¾n: CLL 24A N 35A 27 SUR

Departamento: HUILA Cod. 41 TelÚfono: 3227047798

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi¾n [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: C¾digo de inscripci¾n:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: C¾digo de inscripci¾n:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde : Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Bßsica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/08/27 a las 02:15

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE

Diagnostico relacionado de Ingreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Fecha de Egreso: 2023/08/28 a las 06:30

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE

Diagnostico relacionado de Egreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
BAZAN	

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] No. Documento 1061724214

N·mero de Registro de MÚdico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4552154	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59302

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.08.27 — HORA DE INGRESO: 02:15
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.08.27 — HORA DE EGRESO: 08:54
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO2: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.27-02:59:51 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 OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA KGX38G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR UNA CURVA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 02 +15 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN CABEZA, CARA CUELLO, TORAX MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, TOBILLOS Y PIES 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: 120/70 FC: 95 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 163 PESO: 86 IMC: 32 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfala, no deformidad DOLOR A LA PALPACION , conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara HERIDA DE 5X3 CM EN REGION FRONTAL, 2 CM EN LABIO SUPERIOR, IRREGULARES SUCIAS ABRASIONES PERILESIONALES DOLOR A LA PALPACION FACIAL Y MAXILAR INFERIOR.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, DOLOR A LA PALPACION
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, DOLOR A LA PALPACION LADO IZQUIERDO, 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. 59302

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

<<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN HOMBRO, BRAZO, CODO, MANO IZQUIERDO, AMBAS PIERNAS, TOBILLO Y PIES. 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. CONFUSA SOBRE EL EVENTO CEFALEA No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS CON TIERRA EN: HOMBRO, BRAZO IZQUIERDO, AMBAS MANOS, TOBILLOS Y PIES.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - GLICEMIA, 6 - TROPONINA

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES TRAUMAS SE INICIA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS , POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59302

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 1000 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- OBSERVACION
- NADA VÍA ORAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. Y CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS.
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA, CIRUGIA GENERAL, NEUROCIRUGIA.
- VIGILANCIA NEUROLOGICA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.08.27-03:47:24 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES.

TAC DE TORAX: NO SE EVIDENCIAN IMÁGENES COMPATIBLES CON NEUMO, NI HEMOTORAX, NO HAY COMPROMISO ÓSEO, NO ALTERACIONES CARDIACAS EVIDENTE.

TAC DE CARA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC MAXILAR INFERIOR: 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.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59302

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

PARACLINICOS DE: 27/08/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 11.03 %NEUTROFILOS: 57.0 % LINFOCITOS: 38.7 HEMOGLOBINA: 15.3 %HEMATOCRITO: 44.2 MCV: 87.0 MCH: 30.2 PLAQUETAS: 270.000
GLICEMIA: 118 TIEMPOS: TP: 14.70 TPT: 32.60 INR: 1.29 CREATININA : 0.7 BUN: 8 TROPONINA: 1.16

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. NORMOGLICEMICO, BUENA FUNCION RENAL . TIEMPOS NORMALES. TROPONINA POSITIVA A ESPERA DE VALORACCION POR CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA ADICIONAL

*** FECHA: 23.08.27-04:33:25 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: 03:01 / 03:06 DURACION: 00:05

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 CODO DERECHO, HOMBRO, ANTEBRAZOP Y DORSO DE MANO IZQUIERDA, HERIDA EN REGION FRONTAL Y DORSO NASAL + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59302

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

***** FECHA: 23.08.27-07:51:26 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SOLICITAN VALORACION POR PRESENTAR ACCITDENTE DE TRANSITO AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA ESCORIACIONES CON TATUAJE A NIVEL DE REGION FRONTAL MALAR IZQUEIRDO, ASOCIAOD A 4 HERDIAS IRREGULARES, DE MAS O MENOS 2 CM CADA UNA A NIVEL FRONTAL BORDES MACERADOS, IGUALMENTE ESCORIACIONES CON TATUUAJE EN EL HOMBRO IZQUIERDO Y ESPALDA.
PLAN: CIRUGIA BAJO ANESTSIA GENERAL.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.08.27-08:54:58 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.
TIENE PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA, NEURO Y CIRUGIA GENERAL.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.27-08:54:27 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. 59302

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061724214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59308

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.08.27 — HORA DE INGRESO: 12:28
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.08.28 — HORA DE EGRESO: 06:30
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO2: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.27-13:52:08 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

"PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCURRE EL DIA DE HOY CON POSTERIOR TRAUMA CRAENO ENCEFALICO LEVE Y MULTIPLES HERIDAS, EN EL MOMENTO REINGRESA A LA UNIDAD POSTERIOR A MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA, PARA DARLE CONTINUIDAD A SU MANEJO INTEGRAL, EN EL MOMENTO NIEGA FIEBRE, REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 128/75 FC: 78 FR: 19 TEMP: 36.5 PESO: 85 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS, ABRASIONES Y HERIDAS LIMPIAS CURADAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS CON DOLOR A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQ
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: ABRASIONES LIMPIAS CURADAS EN HOMBRO NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

30

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59308

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

<<PIEL>>
LO DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EVOLUCION:
PACIENTE CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCURRE EL DIA DE HOY CON POSTERIOR TRAUMA CRAENO ENCEFALICO LEVE Y MULTIPLES HERIDAS, EN EL MOMENTO REINGRESA A LA UNIDAD POSTERIOR A MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA PARA DARLE CONTINUIDAD A SU MANEJO INTEGRAL, EN EL MOMENTO NIEGA FIEBRE, REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TIENE PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA, CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 23.08.27-13:53:32 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA TROPONINA CONTROL

FECHA: 23.08.27-16:49:14 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN HOMBRO IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: HOMBRO IZQ ESCORIACION EXTENSA EDEMA Y DOLOR EN CLAVICULA . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES Y ESCORIACIONES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS

FECHA: 23.08.27-18:42:29 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59308

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTO SUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 118/67 MMHG, FC: 75 X MIN, FR: 18 X MIN, SATURACION: 96%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQUEIRDO SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:
TAC DE TORAX : SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

PARACLINICOS DE: 27/08/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 11.03 %NEUTROFILOS: 57.0 % LINFOCITOS: 38.7 HEMOGLOBINA: 15.3 %HEMATOCRITO: 44.2 MCV 87.0 MCH: 30.2 PLAQUETAS: 270.000
GLICEMIA: 118 TIEMPOS: TP: 14.70 TPT: 32.60 INR: 1.29 CREATININA : 0.7 BUN: 8 TROPONINA: 1.16

TROPONINA CONTROL 0.04 NG/ML.

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. NORMOGLICEMICO, BUENA FUNCION RENAL . TIEMPOS NORMALES. CUERVA DE TROPONINA NEGATIVA

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE PUEDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA;
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59308

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR HOLMAN
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

*** FECHA: 23.08.27-20:33:08 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TROPONINA CONTROL: 0.03
NEGATIVA

*** FECHA: 23.08.27-21:34:48 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 19 HORAS, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) , ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO DE 1ER NIVEL QUE REMIITE A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, , ESCORIACIONES EN CARA Y EXTREMIDADES
GLASGOW 15
TAC CEREBRAL: NORMAL
IDX: TRAUMA DE CRANEO
CONMOCION CEREBRAL
ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ALTERACION RADIOLOGICA, NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO
PLAN: OBSERVACION POR 24 HORAS
ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.08.28-06:30:14 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD, CON DX ANOTADOS:

QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO ESTAR MEJOR, CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL
AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, HIDRATADO, CON SIGNOS VITALES: TA: 110/70 MMHG FC: 70 LPM FR: 17 RPM T:36.5°C
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS, ABRASIONES Y HERIDAS FACIALES EN BUENE STADO CURADAS, CON EDEMA LEVE PERIORBITARIO, NO CAMBIOS INFECCCIOSOS.
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MOVILES SIMETRICAS, NO DEFICIT NEUROVASCULAR.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

22

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59308

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

ANALISIS: PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, QUIEN YA COMPLETO VIGILANCIA NEUROLOGICA SIN DETERIORO CLINICO, SE INDICA ALTA HOSPITALARIA, SE EXPLI CA A PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN + CODEINA 325+8MG TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS. SOLO EN CRISIS DE DOLOR. TOTAL 10 TABLETAS

** OTROS:

REALICE CURACIONES CON ISODINE SOLUCION O RIFOCINACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON, ALMEDRAS O DE GIRASOL). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ. GUARDAR REPOSO, NO TRASNOCHAR, NO ASOLEARSE, RECLAMAR LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES, DE NOTAR ALGUNA ANOMALIA CONSULTAR

CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA:DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS. TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE. DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO). PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN. DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO PROGRESIVO (INESTABILIDAD, MAREO...). VISIÓN DOBLE O BORROSA. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD. CONVULSIONES. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ. SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE). INFLAMACION EN AREAS GOLPEADAS

** ORDENES MEDICAS:

CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA EN 15 DIAS * DR GARCIA*
SOLICITARLA CON ANTICIPACION AL 6088756349, 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 M

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 18, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 3, VIA: ORAL

CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS, LUEGO SOLO SI HAY DOLOR. TOMAR CON EL ESTOMAGO LLENO, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

*** FECHA: 23.08.28-06:30:39 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59308

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA

DOC.IDENT:	CC 1007258759	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 29A SUR D N. 26A-13		
FCHA.NACTO:	2000.06.11	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118716413
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.28-06:30:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA		
RELACIONADO 1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO		
RELACIONADO 2: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

RM. 1118849376
MEDICO CIRUJANO

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 165551

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -165551 **Fecha** 2023/08/27

Nombre Paciente: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA - 1007258759 **Edad:** 23 **Sexo:** F

Quien Realiza: BRC- BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	BRC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN CODO DERECHO, HOMBRO, ANTEBRAZOP Y DORSO DE MANO IZQUIERDA, HERIDA EN REGION FRONTAL Y DORSO NASAL + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,27-Ago-2023 16:04:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**	**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS		
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE		
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2023.08.2	02:15
001 0 SOAT	OTRO REGIMEN	23 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**	
1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA	1 NIVEL I	NEIVA	CLL 29A SUR D N.	3118716413	

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.08.27	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	BRC	10.00
2023.08.27	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	BRC	10.00
2023.08.27	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	BRC	2.00
2023.08.27	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	BRC	8.00
2023.08.27	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	BRC	2.00
2023.08.27	ZMD	MERCUCRO	MERCURIO CROMO X CC	BRC	10.00

PACIENTE: 1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA **EDAD:** 23

DIRECCION: CLL 29A SUR D N. 26A-13 **TELEFONO:** 3118716413

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58451 **FECHA SINIESTRO:** 2023.08.26 **Nº POLIZA:** 8091185800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 27 de agosto de 2023					
03:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:00:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:00:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	MLD	
03:00:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		NOCHE	MLD	
03:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	5.00		NOCHE	MLD	
03:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MLD	
03:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
03:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00

PACIENTE: 1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA **EDAD:** 23

DIRECCION: CLL 29A SUR D N. 26A-13 **TELEFONO:** 3118716413

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58451 **FECHA SINIESTRO:** 2023.08.26 **Nº POLIZA:** 8091185800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 27 de agosto de 2023						
19:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
19:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
19:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
19:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI	
19:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
19:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
19:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 10.00

FECHA DEL CONTROL : lunes, 28 de agosto de 2023						
03:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
03:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
03:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
03:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
03:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	VACI	
03:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
03:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
03:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	

TOTAL SUMINISTRADO: 12.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA No. Identif. 1007258759 Edad. 23

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.08.28

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	18.00	TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:**	24.00	TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:**	20.00	TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS.

Alicia Viviana del Pilar Serrano
Medico Medicina General
RM 075 280.200

MEDICO

FARMACIA

Ingri catalina Soto

PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -192956

FECHA EMISION:	2023.08.28
HORA:	06:33:03
PAGINA No:	1

USUARIO: SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
DOC.IDENT: CC 1007258759 CAMA: -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2023/08/28
ORIGEN:
MEDICO: Dr. ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	18.00
002	LAB CEFRAX TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	24.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
		TOTAL CANTIDAD:	62.00

Ingrit Catalina Soto

Recibido Paciente

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Nelva

Informe preliminar
Laboratorio Maria Gicela Ramirez

SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
1007258759
Femenino
23 Años

Orden No. 202308270005

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

	Resultado		Unidades	Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	11.03		x 10^3/ul		27/08/2023 03:19
Recuento de Globulos Rojos	5.07		x 10^6/ul	3.50 - 5.50	27/08/2023 03:19
Hemoglobina	15.3		g/dl	11.0 - 15.0	27/08/2023 03:19
Hematocrito	44.2		%	36.0 - 48.0	27/08/2023 03:19
Volumen Corpuscular Medio	87.0		fL	80.0 - 99.0	27/08/2023 03:19
Hemoglobina Corpuscular Media	30.2		pg	26.0 - 32.0	27/08/2023 03:19
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.6		g/dl	32.0 - 36.0	27/08/2023 03:19
Recuento de Plaquetas	270		x 10^3/ul	150 - 450	27/08/2023 03:19
Neutrofilos %	57.0		%	50.0 - 70.0	27/08/2023 03:19
Linfocitos %	38.7		%	20.0 - 40.0	27/08/2023 03:19
Monocitos %	3.7		%	1.0 - 8.0	27/08/2023 03:19
Eosinofilos %	0.50		%	3.00 - 7.00	27/08/2023 03:19
Basofilos %	0.10		%	0.00 - 1.00	27/08/2023 03:19
Neutrofilos #	6.29		x 10^3/ul	2.00 - 7.80	27/08/2023 03:19
Linfositos #	4.27		x 10^3/ul	0.60 - 4.10	27/08/2023 03:19
Monocitos #	0.40		x 10^3/ul	0.10 - 1.80	27/08/2023 03:19
Eosinofilos #	0.06		x 10^3/ul	0.30 - 0.70	27/08/2023 03:19
Basofilos #	0.01		x 10^3/ul	0.00 - 0.10	27/08/2023 03:19
Volumen Plaquetario Medio	9.5		fL	7.4 - 10.4	27/08/2023 03:19
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.1		fL	39.0 - 46.0	27/08/2023 03:19
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.0		%	11.5 - 14.5	27/08/2023 03:19
PDW	15.9				27/08/2023 03:19
PCT	0.256		%		27/08/2023 03:19

DIANA EUGENIA BERNARDEZ
TP.57105918

BIOQUIMICA					
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	118.0		mg/dl	74.0 - 106.0	27/08/2023 03:28
METODO: QUIMICA SECA.					
NITROGENO UREICO	8.00		mg/dl	7.00 - 17.00	27/08/2023 03:28
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7		mg/dl	0.5 - 1.0	27/08/2023 03:28

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 861 3405 Neiva

Informe preliminar
Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
1007258759
Femenino
23 Años

Orden No. 202308270005

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	

BIOQUIMICA

TROPONINA CUANTITATIVA — 27/08/2023 03:29

VALORES DE REFERENCIA REPORTE 1.16

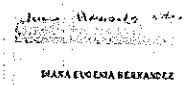
NEGATIVO: 0.012 - 0.033 ng/ml
POSITIVO PERCENTIL99: : 0.034 - 0.120 ng/ml
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: MAYOR O IGUAL: 0.120 ng/ml



DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106316

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP	14.70	seg	11.30 - 18.30	27/08/2023 03:21
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	32.60	seg	22.00 - 38.00	27/08/2023 03:24
INR	1.29			27/08/2023 03:21



DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106316

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-08-27 16:33
2023-08-27 18:32

Paciente

SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
1007258759
Femenino
23 Años

Orden No. 202308270009

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia

BIOQUIMICA

TROPONINA CUANTITATIVA — 27/08/2023 18:32

RESULTADO: 0.03 ng/ml

VALORES DE REFERENCIA

NEGATIVO: 0.012 - 0.033 ng/ml
POSITIVO PERCENTIL99: : 0.034 - 0.120 ng/ml
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: MAYOR O IGUAL: 0.120 ng/ml

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA
NIT 900.422.862-8
CLL 18 # 6-39
Tel: (608) 8643405
Neiva - Colombia
mafec47@yahoo.com

Factura electrónica de venta
No. FE 8840

Señores	CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA		
NIT	800.110.181-9	**Teléfono**	(608) 0000000 - Ext. 000
Dirección	CALLE 18 6 65	**Ciudad**	Neiva - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/09/2023, 11:06
Expedición	12/09/2023, 07:07
Vencimiento	11/09/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	1.00	17,389,170.00

Total Items: 1

Valor en Letras:
Diecisiete millones trescientos ochenta y nueve mil ciento setenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Tarjeta Crédito $ 17,389,170.00

Total Bruto	17,389,170.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	17,389,170.00

Observaciones:
SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE AGOSTO (SEGUNDA QUINCENA) DELAÑO 2023

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764042150229 aprobado en 20221229 prefijo FE desde el número 8001 al 9500 Vigencia: 12 Meses
No responsable de IVA - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 0,8%
CUFE: 79ec6c3b311f9eb432d4a9474d1f6efdeb55461b9d62815f6ab4b7e7a3b1c4dc0355f1b2744a6e428b6c10eb6aab5838

Factura Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit:830.045.745-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en cl.904.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($17,389,170.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023 (2DA QUINCENA).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
8160003	1075598975	16 Años	SANTOFIMIO SANCHEZ ARLEY DAVID	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8160004	1075313869	24 Años	QUINTERO GARCIA CRISTIAN LEONARDO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8160005	16189504	42 Años	CASTAÑO GUTIERREZ JHON FREDY	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
8160012	1075301862	26 Años	GUEVARA MONTOYA YORLAY ANDREA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8160033	12130350	57 Años	MANRIQUE ORTIZ FABIO	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8170004	26558885	66 Años	LOPEZ PIMENTEL LUZ MIRIAM	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
8170026	1075304481	26 Años	ALDANA PALOMAR BRAYAN FEDERICO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMIN	33,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANS	33,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8170029	1075304481	26 Años	ALDANA PALOMAR BRAYAN FEDERICO	
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
8170030	7320682	38 Años	CASTRO GONZALEZ JOSE ELIADES	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($17,389,170.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023 (2DA QUINCENA).

	902210		Hemograma IV	32,100
8180004	1026282647	30 Años	ARTUNDUAGA VAQUIRO JESUS DAVID	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902210		Hemograma IV	32,100
8180010	1005850362	22 Años	RAMIREZ PALOMINO JUAN DAVID	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8180011	4945292	42 Años	SILVA DUSSAN JUAN CARLOS	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8180022	36067346	36 Años	PAREDES IBARRA DASY	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
8180025	1075216525	36 Años	VALENCIA PULIDO KELLY VANESSA	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8180031	1075277142	29 Años	SALCEDO CAICEDO ADISON YAMIL	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8180032	7701790	48 Años	NUÑEZ VARELA DIEGO ANDRES	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100

14
13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($17,389,170.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023 (2DA QUINCENA).

		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
		1001	BILIRRUBINA TOTAL	17,400
		903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	33,600
		903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	33,600
8270005	1007258759	23 Años	SOTO LAISECA INGRITH CATALINA	
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902210	Hemograma IV	32,100
		908608	TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
8270006	1075295728	27 Años	PULIDO RIVAS JHON SEBASTIAN	
		902210	Hemograma IV	32,100
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8270007	52084516	50 Años	TRIANA MELO MONICA IRENE	
		902210	Hemograma IV	32,100
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8270008	1003804508	21 Años	HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO	
		908608	TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
8270009	1007258759	23 Años	SOTO LAISECA INGRITH CATALINA	
		908608	TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
8270016	1004492076	22 Años	ROMERO GAMBOA YIRA PAOLA	
		902210	Hemograma IV	32,100
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8270017	1003866207	22 Años	TRUJILLO FRANCO DIANA MARCELA	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902210	Hemograma IV	32,100
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8280014	1083840571	8 Años	PARRA ROJAS EDIN YUDIAN	
		902210	Hemograma IV	32,100
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8280015	410010015	30 Años	MEDINA VALENCIA YURANI LIZZETH	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($17,389,170.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023 (2DA QUINCENA).

8310048	1080290937	36 Años	TRUJILLO RIVERA OMAR ANDRES	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
8310052	1129844677	17 Años	GUEVARA SAENZ CESAR DAMIAN	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
8310053	1076502201	18 Años	HUERTAS BUSTOS ANGEL JULIAN	
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	33,600
	908608		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
	902210		Hemograma IV	32,100
	1001		BILIRRUBINA TOTAL	17,400
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
	799		PARCIAL DE ORINA	20,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903856		NITROGENO UREICO	16,500
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	33,600

SUBTOTAL	19,321,300
(-10%)	1,932,130
TOTAL	17,389,170

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.09.12
HORA:	11:53:21
PAGINA No:	1

Numero: 82153 Fecha Ex. 27/08/23 Hora 09:25
Nombre Paciente: 1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
Dirección: CLL 29A SUR D N. 26A-13 Telefono:3118716413 Edad:23 A Sexo: F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Solo hay una placa lateral del codo izquierdo en la que se advierte las articulaciones del codo izquierdo con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Solo hay una proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

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 HOMBRO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro izquierdo observándose la articulación escapula humeral con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Presencia de luxación completa de la articulación acromio clavicular.

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 usuales.
No se identifican focos de fracturas de estas estructuras óseas.

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 usuales.
No se identifican focos de fracturas de estas estructuras óseas.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

*HALLAZGOS

Solo hay placa lateral de la columna cervical observándose hasta C5 de la columna cervical los campos vertebrales observados tienen altura alineamiento y densidad ósea normales.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18'N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.09.12
HORA: 11:53:21
PAGINA No: 2

Numero: 82153 Fecha Ex. 27/08/23 Hora 09:23
Nombre Paciente: 1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
Dirección: CLL 29A SUR D N. 26A-13 Telefono:3118716413 Edad:23 A Sexo: F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

Los espacios intervertebrales y los contornos óseos del canal medular están conservados.

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 BRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo izquierdo observándose la diáfisis del humero con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.09.12
HORA:	11:59:06
PAGINA No:	1

Numero: 82152 Fecha Ex. 27/08/23 Hora 11:55
Nombre Paciente: 1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
Dirección: CLL 29A SUR D N. 26A-13 Telefono:3118716413 Edad:23 A Sexo:F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región frontal derecha y en forma parcial la región parietal izquierda.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.
Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas esta conservado.
Hay imágenes de solución de continuidad del puente nasal especialmente hacia el ala izquierda para correlacionar asociados a edema de tejidos blandos que rodean el puente nasal.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.
No se anotan otras alteraciones.

TAC MAXILAR INFERIOR

*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 presentan características anatómicas normales, el espacio articular y sus contornos óseos de los cóndilos de la superficie articular del temporal es normal en ambos lados.
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.

CONCLUSION:

8

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.09.12
HORA:	11:59:06
PAGINA No:	2

Numero: 82152 Fecha Ex. 27/08/23 Hora 11:56
Nombre Paciente: 1007258759 SOTO LAISECA INGRITH CATALINA
Dirección: CLL 29A SUR D N. 26A-13 Telefono:3118716413 Edad:23 A Sexo:F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

ESCANOGRAFIA DEL MAXILAR INFERIOR:
Dentro de limites normales.

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el tórax en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el opérculo torácico hasta planos inferiores de las hemidiafragmas.

HALLAZGOS:

No hay datos clínicos.
A nivel del tejido pulmonar la trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
No hay focos pulmonares consolidativos ni otras alteraciones de carácter evolutivo del tejido pulmonar.
No se observan derrames pleurales ni cámaras de neumotórax.
A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea superior, la tráquea, la Carina y los bronquios fuentes con aspecto normal.
El cayado aórtico se advierte sin alteraciones.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
No se confirma cardiomegalia.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
No se observan masas ni nódulos mediastinales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA DEL TÓRAX:
Dentro de límites normales.

FIRMA _____
DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

7

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, _____

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Catalina Soto identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1007258959, 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 21082023 a través de SOAT ☒ , ARL. ☐ PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

Catalina Soto

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.258.759
SOTO LAISECA

APELLIDOS
INGRITH CATALINA

FIRMA
Catalina Soto



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
HERNANDEZ CALDERON

NUIP 1.003.804.508

Nombres
CARLOS ALFONSO

Nacionalidad
COL

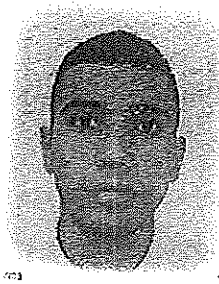
Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
08 ABR 2001

G.S
O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)



Fecha y lugar de expedición
30 ABR 2019, NEIVA

Firma

Fecha de expiración
18 ABR 2033



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-2000
TELLO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-JUL-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



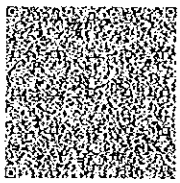
A-1900100 01320845 F-1007258759-20221121 0090813453A 1 8505408931

.CO

021924534



REGISTRADOR NACIONAL
Alejandro Vega Rocha



ICCOL021924534819001<<<<<<<<<<
0104089M3304189COL1003804508<2
HERNANDEZ<CALDERON<<CARLOS<ALF

A

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027576517

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KGX38G	TVS	APACHE RTR 200 4V	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
197	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
0R1AN24A9965	N	9FLT22007PDE10754

NÚMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
9FLT22007PDE10754	N	9FLT22007PDE10754	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
PIMENTEL GARCIA ABELARDO	C.C. 96361508

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
20

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
482022000303716

VR
I

FECHA IMPORT.
18/05/2022

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - RED YA S.A.S

FECHA MATRÍCULA
28/10/2022

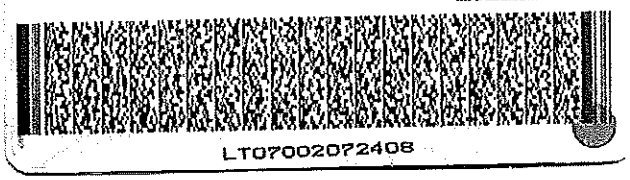
FECHA EXP. LIC. TTO
28/10/2022

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA





LT07002072408

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	KGX38G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO.	10027576517	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	TVS	LÍNEA:	APACHE RTR 200 4V XCONNECT
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9FLT22007PDE10754	NÚMERO DE MOTOR:	0R1AN24A9965
NÚMERO DE CHASIS:	9FLT22007PDE10754	NÚMERO DE VIN:	9FLT22007PDE10754
CILINDRAJE:	197	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	28/10/2022
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 Aqui

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8091185800	27/10/2022	28/10/2022	27/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:39:55 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. FEC151691

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
a4ee0c1b2a6215fe86598c862e05679209bdf4454716ecee088c ce0372460a8e4896f8dce39caab68b5881dd1436cb91

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4552154

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-10-12 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
677a9f685c755a4e457ec2aa8236ab78ee962403a5d7e88c2d2 5055a6348631e9fc4fff6b2f046cfccf29d1db1009636

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-12 02:30:45.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:39:55 AM
Página: 2

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151691

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
a4ee0c1b2a6215fe86598c862e05679209bdf4454716ecee088c ce0372460a8e4896f8dce39caab68b5881dd1436cb91

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
74177eb81e018ca68b8aa970747b6f2b9120a276e4e70492a2a 332039f9de5d126aa48910ec6a389d6f1c6a204b6679a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-21 12:41:39.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
3a9482d80a3d7cd96ae6b52ea4f2c972b4e2264ffd8ea3ca1193 2836d2eceff010e0be664463f8bc8f572412a610040d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-29 10:56:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:39:55 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. FEC151691

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
a4ee0c1b2a6215fe86598c862e05679209bdf4454716ecee088c ce0372460a8e4896f8dce39caab68b5881dd1436cb91

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
57c33c5b12bb69183f033d095d05c0333fe7535e471f57c0b1ee d23105a9bcb583f649179103fd689ac6b166326044bf

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-29 10:56:46.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.29	10:40:09	2023.10.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52495

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 165625,165639
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.08.26 - 07:08
FEC-HORA EGRESO: 2023.08.29 - 09:23

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 7714889 GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY
EDAD : 43 Años
DIRECCION: CALLE 20 SUR # 23 A 16 NEIVA TELEFONO: 3106255144

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
13750	REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87	28-Ago-2023	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	730,300	730,300
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	28-Ago-2023	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	425,400	425,400
39123	GRUPO 12	28-Ago-2023	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	199,300	199,300
39214	GRUPO 12	28-Ago-2023	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,170,600	1,170,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	28-Ago-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
13100	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE ESCAPULA Y CLAVICULA	28-Ago-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Ago-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13170	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	28-Ago-2023	39005	7	07	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	167,300	167,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Ago-2023	39105	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	98,600	98,600
39118	GRUPO 07	28-Ago-2023	39118	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	44,100	44,100
39209	GRUPO 07	28-Ago-2023	39209	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	28-Ago-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
	PLACA CLAVICULAR CON EXTENSION LATERAL BLOQUEADA 3.5-2.5/5 ORF IZQUIERDA								1	2,202,200	2,202,200
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
	VICRYL SUTURA # 2								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

Recibido!
31 de Octubre del 2023
20205107

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
0.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 187
na vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA D
000 AUTORIZA

Cufe: 7fc773048384631a1e62ceab58acfe708a4f03af879f40 4697986...

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D JILLO 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

44

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.29	10:40:09	2023.10.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52495

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 165625,165639
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.08.26 - 07:08
FEC-HORA EGRESO: 2023.08.29 - 09:23

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 7714889 GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY
EDAD : 43 Años
DIRECCION: CALLE 20 SUR # 23 A 16 NEIVA
TELEFONO: 3106255144
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
13753	REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87	28-Ago-2023	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	730,300	730,300
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	28-Ago-2023	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	425,400	425,400
39123	GRUPO 12	28-Ago-2023	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	199,300	199,300
39214	GRUPO 12	28-Ago-2023	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,170,600	1,170,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	28-Ago-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
13100	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE ESCAPULA Y CLAVICULA	28-Ago-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Ago-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13170	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	28-Ago-2023	39005	7	07	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	167,300	167,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Ago-2023	39105	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	98,600	98,600
39118	GRUPO 07	28-Ago-2023	39118	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	44,100	44,100
39209	GRUPO 07	28-Ago-2023	39209	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	28-Ago-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
	PLAC A CLAVICULAR CON EXTENSION LATERAL BLOQUEADA 3.5-2.5/5 ORF IZQUIERDA								1	2,202,200	2,202,200
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
	VICRYL SUTURA # 2								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
010102	GUANTE ESTERIL 8 ,0								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 7fe7730483846331a1e62ceab58ecfe708a4f03af879f403ed427c0dd54be40e648dac33e737275f9216c4697986320e8

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.29	10:40:09	2023.10.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52495

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
	MASCARA LARINGEA NO. 4								1	48,000	48,000
	MEDICAMENTOS										
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19896775	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	500
19960774	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP								1	0	0
19987766	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								20	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								15	0	0
20089724	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								20	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								60	0	0
	IMAGENES DX										
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.28	873206		FGR				1	62,800	62,800
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2023.08.28	870001		CLF				5	189,200	946,000
	LABORATORIOS										
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.08.26	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.08.26	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.08.26	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.08.26	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.08.26	902049						1	43,700	43,700
	OTROS										
CABEST	CABESTRILLO GASA N-A	2023.08.28	CABESTRILL		MVT				1	1,000	1,000
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.08.28	890202		FGR				1	55,100	55,100

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

43

Cufe: 7fc7304838463 1a1e62cc4b5a4acfe70d4e4f03af8795403ed427c0dd54be40e646da433e737275f9316c469798632 0e8

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 837 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023 09.29	10:40:09	2023.10.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52495

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.08.28	890202		JHT				1	55,100	55,100
IPC-TC-2	TORNILLO DE BLOQUEO 2.5 X 16 MM	2023.08.28	IPC-TC-25/		CLF				2	243,700	487,400
IPC-TC-2	TORNILLO DE BLOQUEO 2.5 X 14 MM	2023.08.28	IPC-TC-25/		CLF				2	243,700	487,400
IPC-TC-3	TORNILLO CORTICAL DE 3.5 / 18 MM	2023.08.28	IPC-TC-35/		CLF				4	88,800	355,200

VALOR BRUTO:	9,531,819	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	9,531,819

SON: NUEVE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.29 10:42:48 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: fc773048384631a1e62ceab8acfe708a41f03af879f103ed127c0dd51be10e648dac33e737055921bc4697986320e5

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:	52495
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 8,077,619
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,454,200
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EUT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 52495

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

GOMEZ — 1er.Apellido o Razon Social

BARRIOS — 2do.Apellido

EDWIN — 1er.Nombre

ARLEY — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 7714889

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1980/05/2 Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: CALLE 20 SUR # 23 A 16

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3106255144

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]					
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 24 CON CALLE 20 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/08/25 Hora: 17:14

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R[ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA PLV90G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: VICTORY Placa: PLV90G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8112489900 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/06/15 Hasta: 2024/06/14

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

BARRIOS — 1er.Apellido o Razon Social

SANCHEZ — 2do.Apellido

ESPERANZA — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 36152528

Direccion: CALLE 20 SUR # 23 A 16

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3106255144 Total Folios: 0

46

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 541

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
GOMEZ	BARRIOS

1er.Nombre	2do.Nombre
EDWIN	ARLEY

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 7714889

Direcci¾n: CALLE 20 SUR # 23 A 16

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3106255144

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/08/26 **a las** 07:08 **Fecha de Egreso:** 2023/08/29 **a las** 09:23

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnostico relacionado de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	9531819	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

45

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.08.25 — HORA DE INGRESO: 17:33
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.08.29 — HORA DE EGRESO: 09:23
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.25-17:48:48 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA PLV90G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 17+20
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE7/24 DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/78 FC: 87 FR: 20 TEMP: 36 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS CON DOLOR EN HEMITORAX IZQ SDUPERIOR
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITAICON FUNCIONAL EN HOMBRO Y CLAVICULA IZQ ADEMASN EN BRAZO Y CODO IZQ NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL.
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.08.25-18:27:43 MEDICO: / (JEFE ENF. DAN - DANA CAROLINA DIAZ LEON - C.C. 1003820071 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

HORA INICIAL/FINAL: 17:49 / 17:52 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: DANA CAROLINA DIAZ LEON

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 Y POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE , JEFE DE TURNO ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG INTRAMUSCULAR EN GLUTEO DERECHO .TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

***** FECHA: 23.08.25-18:36:49 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA SE EVIDENCIA FRACTURA DE CLAVICULA IZQ EN SU TERCIO DISTAL

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE TORAX NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.08.25-18:46:14 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 122/70 MMHG, FC: 80 X MIN, FR: 17 X MIN, SATURACION: 97% MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQUIERDA SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:
RX DE TORAX Y REJA COSTAL: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES, FRACTURA DE CLAVICULA IZQ

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX
FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR HOLMAN
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

***** FECHA: 23.08.25-19:17:08 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN HOMBRO IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: HOMBREO IZQ EDEMADEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO DISTAL DE CALVICULA IZQ . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE TERCIOM DISTAL DE CLAVICULA IZQ
DX: FRACTURA DE TERCIOM DISTAL DE CLAVICULA IZQ
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE FRACTURA DE TERCIOM DISTAL DE CLAVICULA IZQ

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

MATERIAL DE SINTESIS ; PLACA PARA CLAVICULA DISTAL BLOQUEADA IZQ SET
DIA LUNES 28-08-2023
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

***** FECHA: 23.08.25-19:25:35 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 19:00 / 19:05 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 23.08.25-19:25:48 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 23.08.25-19:31:28 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 TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA SE INMOVILIZA, ES VALORADO POR TRAUMATOLOGÍA QUIEN INDICA MANEJO MÉDICO-QUIRÚRGICO Y PROGRAMA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. 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 CIRUGIA, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** OTROS:

ASISTIR A HOSPITALIZACIÓN PARA CIRUGÍA EL DÍA LUNES 28/08/2023 A LAS 11 AM.
DESAYUNAR ANTES DE LAS 7 AM LUEGO NADA VÍA ORAL (NI SOLIDO NI LÍQUIDO EN CASO DE LO CONTRARIO INFORMAR).

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR).

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 9.
1) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR A CIRIUGIA CON TIEMPO.
2) EN ÁREAS DE CONTUSIÓN SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCIÓN, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACIÓN, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO.
4) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
6) NO MOJAR INMOVILIZACIÓN,
7) DORMIR EN POSICION SEMISENTADA, EL DOLOR AUMENTARA EN LAS PRIMERAS 72 HORAS POSTERIOR AL ACCIDENTE, NO CARGAR PESO, NO CONVIVIR CON PERSONAS CON GRIPE, LE DOLERA: SI TOSE, SI REALIZA EJERCICIO INTENSO, NO REALIZAR LABORES DOMESTICAS QUE INCLUYAN MOVIMIENTO EXCESIVOS.
8) RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
9) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DIAS., DURACION TRATAM: .7, VIA: ORAL
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 30, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8 DÍAS., DURACION TRATAM: 8, VIA: ORAL
MANEJO COMPLEMENTARIO:
1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.
2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

*** FECHA: 23.08.25-19:32:10 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:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.25-19:31:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

*** FECHA: 23.08.28 11:07:54 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
" PROGRAMADO PARA CIRUGIA "

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, ORIENTADO.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE TRAUMATICO (ACCIDENTE DE TRANSITO 25/08/2023) CON POSTERIOR FRACTURA ED CLAVICULA IZQUIERDA; EL DIA DE HOY INGRESA PARA CORRECCION QX. DE LA MISMA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 122/70 FC: 74 FR: 20 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO;CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.
<<TORAX>>
SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES. <<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES. <<GENITOURINARIO>>
DIURESIS PRESENTE.
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO MASAS NI MEGALIAS.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, CON BUENA PERFUSION DISTAL Y LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS. <<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.
<<PIEL>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

NORMAL
<<FANERAS>>
NORMA.L

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA .

ANTECEDENTES PERSONALES
1. FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA

PACIENTE INGRESA A PISO PROGRAMADO PARA PROCEDIMIENTO QX, DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE CARGAN ORDENES MEDICAS PRE-QX, SIN CONTRAINDICACION DEL PROCEDIMIENTO EN EL MOMENTO, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

** CONDUCTA:
PLAN

- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS SEGÚN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR IV PREQX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV PREQX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.08.28-12:08:09 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: LEU: 13710 NEU: 69.1 % HGB: 15.4 HCT: 44.3 PLQ: 259000 (NORMAL)
PT: 14.6 PTT: 30.3 INR: 1.28 (NORMAL)
CREATININA: 1.2 BUN: 18.0 (FUNCION RENAL NORMAL)

PARACLINICOS DE BAJO RIEGO CON LEUCOCITOSIS LEVE MAS NEUTROFILIA, NO ANEMIA, NO ALTERACION DE LAS PLAQUETAS. NO ALTERACION DE LOS TIEMPOS DE COAGULACION. ADECUADA FUNCION RENAL.

*** FECHA: 23.08.28-14:31:34 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBREO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO DISTAL DE CALVICULA. NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA- ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.28-14:31:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.08.28-14:32:07 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBREO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO DISTAL DE CALVICULA. NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA

*** FECHA: 23.08.28-18:02:30 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 4 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 100 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.08.28-19:02:02 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JHOAN ALBEIRO BAZAN
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 18:00 / 19:00 DURACION: 00:59

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87 VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE ESCAPULA Y CLAVICULA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 16249
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
SUPRACLAVICULAR IZQUIERDO DE 10 CM

HALLAZGOS :
FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICUALRES.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y ISODINE SOLUCION Y COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES POR VIA SUPRACLAVICULAR SE INCIDIO PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO. SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA SE CURETEAN LOS EXTREMOS OSEOS Y SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA. SE ESTABILIZA CON UNA PLACA PARA CLAVICULA DISTAL BLOQUEADA 5H + 4 TORNILLOS CORTICALES + 4 TORNILLOS DE BLOQUEO. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE). ENSEGUIDA SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES. SE LAVA LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE CIERRA HERIDA CON VICRYL EN TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PLANO MUSCULAR Y PIEL CON PROLENE 2/0. SE CUBRE HERIDA CON GASAS CON ISODINE + GASA SECA + MICROPORE Y SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO.
SANGRADO 150 ML.
NO COMPLICACIONES.
ARCO EN C 5 DISPAROS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.08.28-19:03:29 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*** FECHA: 23.08.28-19:44:59 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX CLAVICULA IZQ FRACTURA REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

** ANALISIS PLAN:
PLAN
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
AMIKACINA 1 GR IV DIA
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.28-19:44:44 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.08.28-20:54:31 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA .

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:

1. POP DE OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA + REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTO CORACOCLAVICULARES 28/08/23

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA

SUBJETIVO: BUENA TOLERANCIA AL DOLOR
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 120/70 MMHG; FC: 70 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 98%; T: 36.4 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA MICROPORE EN CLAVICULA IZQUIERDA CON CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SALIDA DE SECRECION, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS:
PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, EN POP DESCRITO, SE CONSIDERA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO, ATENTOS A CAMBIOS POR ESPECIALIDAD TRATANTE.

MEDIDAS GENERALES:

1. DIETA NORMAL
2. CABECERA A 30 GRADOS
3. BARANDAS ARRIBA EN CAMA
4. VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
5. VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLÍNICA
6. REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
7. APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
8. CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
9. MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS
10. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENCION DE PROPAGACION DE COVID 19 (USO PERMANENTE DE MASCARILLA QUIRÚRGICA)
11. LAVADO DE MANOS CADA 4 HORAS EN PACIENTE QUE SE PUEDE LEVANTAR O LIMPIEZA CON ALCOHOL EN PACIENTES QUE NO SE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PUEDEN DESPLAZAR
12. SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

** CONDUCTA:
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
AMIKACINA 1 GR IV DIA
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN TAB 500MG DAR 1 G VO CAD 8H
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VI CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2G VI CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 G VO CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

***** FECHA: 23.08.28-23:25:51 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DX DESCRITOS ACTUALMENTE ESTABLE CON MODULACION DEL DOLOR. SIGNOS VITALES EN METAS SIN SIGNOS DE BAJO GASTO NO DISNEA. QUIEN SE DECIDE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO POR ESPECIALIDAD TRATANTE. SE EXPLICA PROCEDER A PACIENTE QUIEN REFIER ENTENDER

PLAN
CONTINUAR MANEJO

***** FECHA: 23.08.29-06:33:56 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA .

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:
1. POP DE OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA + REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTO CORACOCLAVICULARES 28/08/23

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA

SUBJETIVO: BUENA TOLERANCIA AL DOLOR
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 110/70 MMHG; FC: 75 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 98%; T: 36.4 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA MICROPORE EN CLAVICULA IZQUIERDA CON CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SALIDA DE SECRECION, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

A/ OPACIENTE CON DIAGNOSTICO DE POP. DESCRITO ACTUALMENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES EN METAS CON MODULACION DEL DOLOR. QUIEN SE DECIDE CONTINAUR MANEJO INSTAURADO BAJO SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
SE EXPLICA PROCEDER QUIEN REFIER ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN
CONTINAUR MANEJO

** CONDUCTA:
CONTINUAR MANEJO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 G VO CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VI CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2G VI CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.08.29-09:22:54 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA .

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:
1. OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA + REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTO CORACOCLAVICULARES 28/08/23

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA, TORACOSTOMIA CERRADA
2. CONSUMO DE TABACO

S/ SIN ACOMPAÑANTE AL MOMENTO DE LA VALORACION, REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERA VIA ORAL, DOLOR CONTROLADO NO FIEBRE, NO OTRO SINTOMA.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 118/69 MMHG; FC:86 LPM; FR: 20 RPM; SPO2: 97%; T: 36.1 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA MICROPORE EN CLAVICULA IZQUIERDA CON CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SALIDA DE SECRECION, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANÁLISIS: PACIENTE EN SU PRIMER DIA POS OPERATORIO, INTERVENCION SIN COMPLICACIONES, CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON ADECUADA MODULACION SINTOMATICA, SE INDICA ALTA HOSPITALARIA.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SE EXPLICA A PACIENTE.

SALIDA CON:
CONTROL CON ORTOPEDIA EN 15 DIAS
MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO
RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER
ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS. SOLO EN CRISIS DE DOLOR. TOTAL 10 TABLETAS
** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE, OLOR FETIDO, SECRECION O SANGRADO POR LAS HERIDAS, ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA.
- SI TIENE "RASPONES" , REALICE CURACIONES CON ISODINE, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- EN CASO DE QUE LE HALLAN REALIZADO INMOVILIZACION NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL. DEBE DE UTILIZAR UNA BOLSA PLASTICA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
- NO ES NECESARIO UTILIZAR EL CABESTRILLO CONTANTEMENTE, PERO LO PUEDE USAR EN CASO DE CANSANCIO O DOLOR
- PUEDE REALIZAR EJERCICIOS SUAVES DE MOVIMIENTO , PERO ES PROHIBIDO REALIZAR FUERZA FISICA
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.08.29-09:23:22 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

25

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59283

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY

DOC.IDENT:	CC 7714889	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16		
FCHA.NACTO:	1980.05.02	EDAD:	43 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3106255144
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.29-09:23:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16249

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -165639 Fecha 28/08/23

Nombre Paciente: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY 7714889 Edad: 43 Sexo: M

Hora inicio 18:00 Hora fin: 19:00 Duraci¾n: 00:59 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion:SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S420-FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA	1. S420-FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA CPN LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES .

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
13170	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	FGR	1 - 1i Interv 100%
13739	REPARACION PRIMARIA DE LiGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87	FGR	1 - 1i Interv 100%
13100	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE ESCAPULA Y CLAVICULA	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION:
SUPRACLAVICULAR IZQUIERDO DE 10 CM

HALLAZGOS :
FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICUALRES.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA·Y ISODINE SOLUCION Y COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES POR VIA SUPRACLAVICULAR SE INCIDIO PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO. SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA SE CURETEAN LOS EXTREMOS OSEOS Y SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA. SE ESTABILIZA CON UNA PLACA PARA CLAVICULA DISTAL BLOQUEADA 5H + 4 TORNILLOS CORTICALES + 4 TORNILLOS DE BLOQUEO. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE). ENSEGUIDA SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES. SE LAVA LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE CIERRA HERIDA CON VICRYL EN TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PLANO MUSCULAR Y PIEL CON PROLENE 2/0. SE CUBRE HERIDA CON GASAS CON ISODINE + GASA SECA + MICROPORE Y SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO.
SANGRADO 150 ML.
NO COMPLICACIONES.
ARCO EN C 5 DISPAROS.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX DE CLAVICULA IZQUIERDA.
Intensificador de Imagen
SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN CLAVICULA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. Francisco H. Garcia Ramirez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16249

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -165639 Fecha 28/08/23

Nombre Paciente: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY 7714889 Edad: 43 Sexo: M

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA.

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN CLAVICULA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-62

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

7714889

ADMISION N_: 165639

NOMBRE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY **Num. Id-:** CC 7714889

FECHA NACIMIENTO: 1980.05.02 **EDAD:** 43 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.08.28 **HORA DE INGRESO:** 14:31:34 **Fecha/Hora de registro:** 2023.08.28 14:31

DIRECCION: CALLE 20 SUR # 23 A 16 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3106255144

OCUPACION: 530 COCINEROS, CAMAREROS, CANTINERO Y **RESPONSABLE:** ESPERANZA BARRIOS

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.08.28

<< REGISTRO: 14:31:34 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<18.04.13-13:08:37>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 47310

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: OSTEOSINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDO HACE 6 AÑOS * Alergicios: NO REFEIRE

--><<2021.11.18-12:19:14>>, (DR(A). MGR - MARIO ANDRES GARCIA RENGIFO - C.C. 1075237722 - REG. MEDICO: 1817/2015 - MEDICINA GENERAL) H.U. 125722

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA* Alergicios: Niega *

--><<2023.08.25-18:31:45>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 165525

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA* Alergicios: Niega *

--><<2023.08.28-11:07:54>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 165625

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA* Alergicios: Niega *

--><<2023.08.28-14:31:34>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 165639

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 28 DE AGOSTO DEL 2023

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA EL DIA 28 DE AGOSTO DEL 2023

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

7714889

ADMISION N_: 165639

NOMBRE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY **Num. Id-:** CC 7714889

FECHA NACIMIENTO: 1980.05.02 **EDAD:** 43 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.08.28 **HORA DE INGRESO:** 14:31:34 **Fecha/Hora de registro:** 2023.08.28 14:31

DIRECCION: CALLE 20 SUR # 23 A 16 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3106255144

OCUPACION: 530 COCINEROS, CAMAREROS, CANTINERO Y **RESPONSABLE:** ESPERANZA BARRIOS

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:31:34 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)
10 / NO APLICA
NUEVO

--><<2023.08.28-18:21:00>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 165639

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: TORACOSTOMIA CERRADA, EXTRACCION DE CATARATA OJO DERECHO, OSTEOSINTESIS DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

ANESTESICOS: 1 BLOQUEO ANESTESICO, 1 ANESTESIA GENERAL Y 1 ANESTESIA RAQUIDEA SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR HBITUAL DE BAZUKO

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/75 **FC:** 72 **FR:** 20 **Tmp:** 36.6 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBREO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO DISTAL DE CALVICULA.
NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

7714889

ADMISION N_: 165639

NOMBRE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY **Num. Id-:** CC 7714889

FECHA NACIMIENTO: 1980.05.02 **EDAD:** 43 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.08.28 **HORA DE INGRESO:** 14:31:34 **Fecha/Hora de registro:** 2023.08.28 14:31

DIRECCION: CALLE 20 SUR # 23 A 16 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3106255144

OCUPACION: 530 COCINEROS, CAMAREROS, CANTINERO Y **RESPONSABLE:** ESPERANZA BARRIOS

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS/PLAN

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA- ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.28-14:31:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA- ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.08.28 **HORA DE EGRESO:** 14:31:23 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.954.582
R.M. No. 12462-52

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 165639 - 10000

NOMBRE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY C.C. -TI-RC-OTRO 7714889

EDAD: 43 A FECHA DE NACIMIENTO: 1980.05.02 SEXO: M

DIRECCION: CALLE 20 SUR # 23 A 16 TELEFONO: 3106255144

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ESPERANZA BARRIOS TELEFONO: 315326290432091

FECHA: **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:**

2023.08.28 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--><<18.04.13-13:08:37>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 47310

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: OSTEOSINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDO HACE 6 AÑOS * Alergicios: NO REFEIRE

--><<2021.11.18-12:19:14>>, (DR(A). MGR - MARIO ANDRES GARCIA RENGIFO - C.C. 1075237722 - REG. MEDICO: 1817/2015 - MEDICINA GENERAL) H.U. 125722

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA* Alergicios: Niega *

--><<2023.08.25-18:31:45>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 165525

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA* Alergicios: Niega *

--><<2023.08.28-11:07:54>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 165625

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: FAQUECTOMIA, OSTEOSINTESIS RODILLA IZQUIERDA* Alergicios: Niega *

--><<2023.08.28-14:31:34>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 165639

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 28 DE AGOSTO DEL 2023

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA IZQUIERDA EL DIA 28 DE AGOSTO DEL 2023

--><<2023.08.28-18:21:00>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 165639

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: TORACOSTOMIA CERRADA, EXTRACCION DE CATARATA OJO DERECHO, OSTEOSINTESIS DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

ANESTESICOS: 1 BLOQUEO ANESTESICO, 1 ANESTESIA GENERAL Y 1 ANESTESIA RAQUIDEA SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR HBITUAL DE BAZUKO

12

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 165639 - 10000

NOMBRE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY C.C. -TI-RC-OTRO 7714889

EDAD: 43 A FECHA DE NACIMIENTO: 1980.05.02 SEXO: M

DIRECCION: CALLE 20 SUR # 23 A 16 TELEFONO: 3106255144

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ESPERANZA BARRIOS TELEFONO: 315326290432091

2023.08.28 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLA

CARDIOVASCULARES:

PULMONARES:

ANESTÉSICOS:

QUIRÚRGICOS:

FARMACOLÓGICOS:

TÓXICO - ALÉRGICOS:

OTROS:

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 132/80 **FC:** 89 **FR:** 21 **PESO:** 80 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
EDEMA, DEFORMIDAD, DOLOR, DIFICULTAD PARA LA MOVILIZACIN DE HOMBRO IZQUIERDO POR FRACTURA DE CLAVICULA

OTROS:
SIN ALTERACION

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S420
FRACTURA DE LA CLAVICULA

PLAN:
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO
M,ONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

IA

VALORACION PREANESTESICA

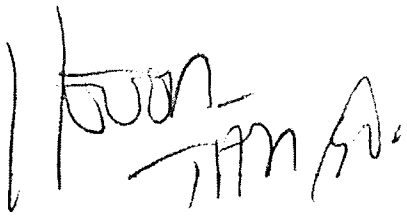
ADMISION N_ : 165639 - 10000

NOMBRE:	GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY		C.C. -TI-RC-OTRO	7714889	
EDAD:	43 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1980.05.02	SEXO:	M
DIRECCION:	CALLE 20 SUR # 23 A 16			TELEFONO:	3106255144
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	ESPERANZA BARRIOS			TELEFONO:	315326290432091

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.08.28 **HORA:** 13:20:52

SERVICIO: ORTOPEDIA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Barrios	Gomez	Edwin Arley	7714884

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
28 08 23	43 A	H ☒ M ☐	176	76	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fractura de cabeza de radio y estiloides cubital

OPERACION PROPUESTA Reduccion abierta y osteosintesis de cubital

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA N DIENTES N CUELLO N
ICT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO Rx inicial

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
/	GENERAL

ESTADO PSICOLOGO Regular

RESERVA SANGRE / ACEPTA / RECHAZA

NECESITA SANGRE NO C.C.

PREMEDICACION No

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Dx

REPARACION E A C

42	40	38	36	34	32	30	28	26
180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10

HORA 13:00

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA	Negativo
REFLEJOS	Positivo
MOTILIDAD	Positivo
RECUPERACION	OK
CONCIENCIA	OK
DIURESIS	OK
SENSIBILIDAD	OK
PIEL	Baja hidratad

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Ingresa oscario a sala de recuperacion bajo anestesia general sin complicación

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejoria

FIRMA

15

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS — CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC X X X

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

QUIRUCORE

QUIRUCORE SAS

NIT 901.695.273-4

CALLE 18A 6 37
(057) 3011356726
Neiva - Colombia
quirucoresas@gmail.com

Factura electrónica de venta

N°: FEQ 145

Cliente: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Nit: 800.110.181-9
Teléfono: (608) 8756349
Dirección: CALLE 18 6-65
Ciudad: Neiva - Colombia
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Fecha y hora Factura

Generación	03/09/2023, 18:37
Expedición	03/09/2023, 18:37
Vencimiento	18/10/2023
Vendedor	Claudia Aguilar
Centro de costo	0
Cotización	

Ítem	Código	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.
1	QC-PSELBL-3.5-2.5/5/L	PLACA S CLAVICULAR CON EXTENSION LATERAL BLOQUEADA 3.5-2.5/5 ORF IZQUIERDA		1.00	2,202,200.00	2,202,200.00	2,202,200.00	0 %	0.00
2	QC-TC-3.5/18	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/18mm		4.00	88,800.00	355,200.00	355,200.00	0 %	0.00
3	QC-TB-2.5/14	TORNILLO DE BLOQUEO 2.5/14mm		2.00	243,700.00	487,400.00	487,400.00	0 %	0.00
4	QC-TB-2.5/16	TORNILLO DE BLOQUEO 2.5/16mm		2.00	243,700.00	487,400.00	487,400.00	0 %	0.00

Total items: 4

Valor en Letras:
Tres millones quinientos treinta y dos mil doscientos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-10-18 por $ 3,532,200.00

Total Bruto	3,532,200.00
Total a Pagar	3,532,200.00

Observaciones:
PACIENTE: GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY
ID PACIENTE: 7.714.889
EDAD: 43 AÑOS
CIRUJANO: DR GARCIA

FAVOR REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA BANCO BANCOLOMBIA CTA AHORROS
No 944-000057-12 A NUESTRO NOMBRE.

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,25-Sep-2023 11:25:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 06 CIRUGIA CON HOSPIT / ACC

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.08.2 13:05

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 43 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

7714889 GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY 1 NIVEL I NEIVA CALLE 20 SUR # 23 A 16 3106255144

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.08.28	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2023.08.28	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	20.00
2023.08.28	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	3.00
2023.08.28	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	MVT	20.00
2023.08.28	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	MVT	1.00
2023.08.28	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	MVT	1.00
2023.08.28	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	60.00
2023.08.28	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	15.00
2023.08.28	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	4.00
2023.08.28	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.08.28	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	MVT	2.00
2023.08.28	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 2	MVT	2.00
2023.08.28	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	MVT	1.00
2023.08.28	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	MVT	1.00
2023.08.28	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	MVT	1.00
2023.08.28	ZMQ	MASCARLA	MASCARA LARINGEA NO. 4	MVT	1.00
2023.08.28	BRA	CAT	VENOCAT CATETER # 20	MVT	1.00
2023.08.28	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	300.00
2023.08.28	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	300.00
2023.08.28	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	MVT	1.00
2023.08.28	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.08.28	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.08.28	CLI	CABESTRIL	CABESTRILLO GASA	MVT	1.00
2023.08.28	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2023.08.28	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	4.00
2023.08.28	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	2.00
2023.08.28	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.08.28	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.08.28	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	MVT	2.00
2023.08.28	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00

13

PACIENTE: 7714889 GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY **EDAD:** 43

DIRECCION: CALLE 20 SUR # 23 A 16 **TELEFONO:** 3106255144

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58433 **FECHA SINIESTRO:** 2023.08.25 **Nº POLIZA:** 8112489900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 25 de agosto de 2023						
17:49:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	DANI	
17:49:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	DANI	
17:49:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

FECHA DEL CONTROL : lunes, 28 de agosto de 2023						
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
12:00:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	LMS	
12:00:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		DIA	LMS	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	6.00		DIA	LMS	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	LMS	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	LMS	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 22.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 29 de agosto de 2023						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MLD	
02:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	MLD	
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
02:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	MLD	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 17.00

12

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 861 3405 Neiva

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-08-26 07:08
2023-08-30 10:28

Paciente

GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY
7714889
Masculino
43 Años

Orden No. 202308260005

Consulta Externa
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado		Unidades	Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	13.71		x 10^3/ul		26/08/2023 09:18
Recuento de Globulos Rojos	4.92		x 10^6/ul	3.50 - 5.50	26/08/2023 09:18
Hemoglobina	15.4	*	g/dl	11.0 - 15.0	26/08/2023 09:18
Hematocrito	44.3		%	36.0 - 48.0	26/08/2023 09:18
Volumen Corpuscular Medio	89.9		fL	80.0 - 99.0	26/08/2023 09:18
Hemoglobina Corpuscular Media	31.3		pg	26.0 - 32.0	26/08/2023 09:18
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.8		g/dl	32.0 - 36.0	26/08/2023 09:18
Recuento de Plaquetas	259		x 10^3/ul	150 - 450	26/08/2023 09:18
Neutrofilos %	69.1		%	50.0 - 70.0	26/08/2023 09:18
Linfocitos %	20.6		%	20.0 - 40.0	26/08/2023 09:18
Monocitos %	8.9		%	1.0 - 8.0	26/08/2023 09:18
Eosinofilos %	1.40	*	%	3.00 - 7.00	26/08/2023 09:18
Basofilos %	0.00	*	%	0.00 - 1.00	26/08/2023 09:18
Neutrofilos #	9.47		x 10^3/ul	2.00 - 7.80	26/08/2023 09:18
Linfositos #	2.82	*	x 10^3/ul	0.60 - 4.10	26/08/2023 09:18
Monocitos #	1.21		x 10^3/ul	0.10 - 1.80	26/08/2023 09:18
Eosinofilos #	0.20		x 10^3/ul	0.30 - 0.70	26/08/2023 09:18
Basofilos #	0.01	*	x 10^3/ul	0.00 - 0.10	26/08/2023 09:18
Volumen Plaquetario Medio	10.2		fL	7.4 - 10.4	26/08/2023 09:18
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	40.0		fL	39.0 - 46.0	26/08/2023 09:18
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.0		%	11.5 - 14.5	26/08/2023 09:18
PDW	15.6				26/08/2023 09:18
PCT	0.263		%		26/08/2023 09:18

Grace Molina
Grace Paola Molina Carpintero
Bacteriologa

BIOQUIMICA					
NITROGENO UREICO	18.00		mg/dl	9.00 - 20.00	26/08/2023 09:57
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1.2		mg/dl	0.7 - 1.3	26/08/2023 09:09

Grace Molina
Grace Paola Molina Carpintero
Bacteriologa

Copia del informe

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-08-26 07:08
2023-08-30 10:28

Paciente

GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY
7714889
Masculino
43 Años

Orden No. 202308260005

Consulta Externa
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
	COAGULACION			
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	14.60	seg	11.30 - 18.30	26/08/2023 08:55
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	30.30	seg	22.00 - 38.00	26/08/2023 09:09
INR	1.28			26/08/2023 08:55

Grace Paola Molina Carpintero
Bacteriologa

Copia del informe

10

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA
NIT 900.422.862-8
CLL 18 # 6-39
Tel: (608) 8643405
Neiva - Colombia
mafec47@yahoo.com

Factura electrónica de venta
No. FE 8840

Señores	CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA		
NIT	800.110.181-9	**Teléfono**	(608) 0000000 - Ext. 000
Dirección	CALLE 18 6 65	**Ciudad**	Neiva - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/09/2023, 11:06
Expedición	12/09/2023, 07:07
Vencimiento	11/09/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	1.00	17,389,170.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Diecisiete millones trescientos ochenta y nueve mil ciento setenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Tarjeta Crédito $ 17,389,170.00

Total Bruto	17,389,170.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	**17,389,170.00**

Observaciones:
SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE AGOSTO (SEGUNDA QUINCENA) DELAÑO 2023

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764042150229 aprobado en 20221229 prefijo FE desde el número 8001 al 9500 Vigencia: 12 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 0,8%
CUFE: 79ec6c3b311f9eb432d4a9474d1f6efdeb55461b9d62815f6ab4b7e7a3b1c4dc0355f1b2744a6e428b6c10eb6aab5838

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit: 830.046.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($17,389,170.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023 (2DA QUINCENA).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
8160003	1075598975	16 Años	SANTOFIMIO SANCHEZ ARLEY DAVID	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8160004	1075313869	24 Años	QUINTERO GARCIA CRISTIAN LEONARDO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8160005	16189504	42 Años	CASTAÑO GUTIERREZ JHON FREDY	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
8160012	1075301862	26 Años	GUEVARA MONTOYA YORLAY ANDREA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8160033	12130350	57 Años	MANRIQUE ORTIZ FABIO	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8170004	26558885	66 Años	LOPEZ PIMENTEL LUZ MIRIAM	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
8170026	1075304481	26 Años	ALDANA PALOMAR BRAYAN FEDERICO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMIN	33,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANS	33,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8170029	1075304481	26 Años	ALDANA PALOMAR BRAYAN FEDERICO	
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
8170030	7320682	38 Años	CASTRO GONZALEZ JOSE ELIADES	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($17,389,170.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023 (2DA QUINCENA).

	902210		Hemograma IV	32,100
8180004	1026282647	30 Años	ARTUNDUAGA VAQUIRO JESUS DAVID	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902210		Hemograma IV	32,100
8180010	1005850362	22 Años	RAMIREZ PALOMINO JUAN DAVID	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8180011	4945292	42 Años	SILVA DUSSAN JUAN CARLOS	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8180022	36067346	36 Años	PAREDES IBARRA DASY	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
8180025	1075216525	36 Años	VALENCIA PULIDO KELLY VANESSA	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8180031	1075277142	29 Años	SALCEDO CAICEDO ADISON YAMIL	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8180032	7701790	48 Años	NUÑEZ VARELA DIEGO ANDRES	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($17,389,170.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023 (2DA QUINCENA).

	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
8260005	7714889	43 Años	GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8260017	12108092	66 Años	PEREZ MOYA OLIMPO	
	908608		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
8260036	1077720584	19 Años	GODOY GUILONBO OSCAR SANTIAGO	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8260037	25601091	66 Años	VARONA GONZALEZ YOLANDA	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902221		RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	13,100
8270001	1108929011	18 Años	GUTIERREZ SANCHEZ PAULA ANDREA	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
8270002	1013669734	27 Años	GARAVITO FARIAS BRIGYTH SAMANTTA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
8270003	1435373	31 Años	SALLES JULIEN JEAN ADR	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
8270004	1003804508	21 Años	HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO	
	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	908608		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($17,389,170.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023 (2DA QUINCENA).

8310048	1080290937	36 Años	TRUJILLO RIVERA OMAR ANDRES	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
8310052	1129844677	17 Años	GUEVARA SAENZ CESAR DAMIAN	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
8310053	1076502201	18 Años	HUERTAS BUSTOS ANGEL JULIAN	
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	33,600
	908608		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
	902210		Hemograma IV	32,100
	1001		BILIRRUBINA TOTAL	17,400
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
	799		PARCIAL DE ORINA	20,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	33,600

SUBTOTAL	19,321,300
(-10%)	1,932,130
TOTAL	17,389,170

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.09.28
HORA:	08:42:30
PAGINA No:	1

Numero: 82225 Fecha Ex. 28/08/23 Hora 08:42
Nombre Paciente: 7714889 GOMEZ BARRIOS EDWIN ARLEY
Dirección: CALLE 20 SUR # 23 A 16 Telefono:3106255144 Edad:43 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

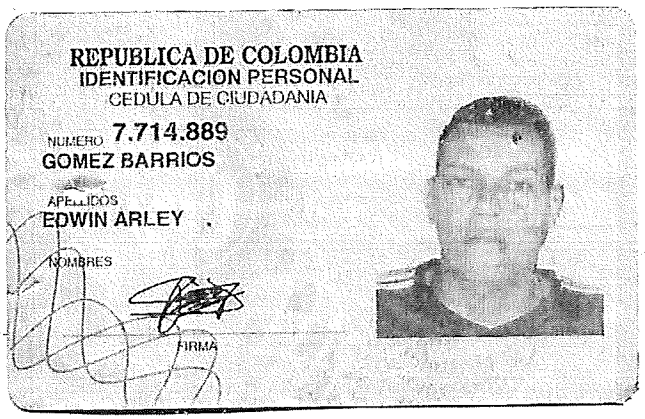
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP de la clavícula izquierda observándose fractura del tercio medio externo de la clavicula izquierda corregida, fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (placa y tornillos).
Osteopenias del aspecto externo de la clavicula.
Imagen sugestiva de subluxación de la articulación acromio clavicular.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.714.889
GOMEZ BARRIOS

APELLIDOS
EDWIN ARLEY

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029342604

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PLV90G	VICTORY	BOMBER 125	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	GRIS PIEDRA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/P.S.J
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
156FMI3BN1058806	N	9GFPCJ507RKC15453

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GFPCJ507RKC15453	N	9GFPCJ507RKC15453	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

~~BARRIOS SANCHEZ ESPERANZA~~ ~~C.C. 36152528~~



FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1980
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
INDICE DERECHO
08-SEP-1998 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-190D100T0713758-M-0007714899-20150610 0044458003A 1 7133441673



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE
******
POTENCIA HP
10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902023000045113
I/E
I
FECHA IMPORT
22/03/2023
PUERTAS
0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA
15/06/2023
FECHA EXP. LIC. TTO
15/06/2023
FECHA VENCIMIENTO
******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LTD7002462903

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	PLV90G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029342604	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	BOMBER 125
MODELO:	2024	COLOR:	GRIS PIEDRA
NÚMERO DE SERIE:	9GFPCJ507RKC15453	NÚMERO DE MOTOR:	156FMI3BN1058806
NÚMERO DE CHASIS:	9GFPCJ507RKC15453	NÚMERO DE VIN:	9GFPCJ507RKC15453
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	15/06/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8112489900	14/06/2023	15/06/2023	14/06/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:40:27 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC152495

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
7fc773048384631a1e62ceab58acfe708a4f03af879f403ed427c0dd54be40e648dac33e737275f9216c4697986320e8

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
9531819

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-10-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
6afcba2f3dca601d6927956641b0dd7d50567f6ea3269dd299bf8e95a15e797f41b2dbdcdbc523363e8a62e8f7f1019c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-29 10:42:48.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

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. FEC152495

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
7fc773048384631a1e62ceab58acfe708a4f03af879f403ed427c0dd54be40e648dac33e737275f9216c4697986320e8

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
62319b5d344ab1cee7c6b0961d597ac92b2ee76344545eb055342e9e5252a87a717f24f698c18f98be65104f1b01782e

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-29 05:59:49.000 UTC-5

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 1

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.20	16:37:42	2023.10.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52108

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 165991

CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO

001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.09.04 - 19:29 | 2023.09.05 - 08:49

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1079174995 BERMEO CORDOBA YERALDIN EDAD : 17 Años

DIRECCION: CLL 27 N 10 25 CAMPOALEGRE TELEFONO: 3143601690

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.04	873121		TVP				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.04	873121		TVP				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.04	873121		TVP				1	81,400	81,400
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2023.09.04	879510		TVP				1	531,000	531,000
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.09.05	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.04	890701		TVP				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	1,168,916	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,168,916

SON: UN MILLON CIENTO SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS DIEZ Y SEIS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.20 04:40:22 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: ab07a8e54104745acdbbe3042f2d6d284a1f78ddd4d5730fa5c069e6e840a80b093fa68b9351a6a7e985c0836b090d05

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

19

FACTURA:	52108
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,006,116
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 162,800
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: FEC1- 52108

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
BERMEO	CORDOBA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
YERALDIN	

Tipo de Documento: CC CE PA TI[X] RC AS MS PT

No. Documento: 1079174995

De: 41132 Fecha de Nacimiento: 2005/11/27 Sexo: F[X] M

Direcci¾n: CLL 27 N 10 25

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3143801690

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132

Condicion del accidentado: Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [X] Ciclista [ ]

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 8 CON CALLE 19

Fecha Evento/Accidente: 2023/08/21 Hora: 15:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA LDB16G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: AKT Placa: LDB16G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8093407900 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/11/16 Hasta: 2023/11/15

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
BERMEO	CORDOBA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DEIBY	SOLED

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1079184312

Direccion: CRA 3 N 21 69

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: 3202305251 Total Folios: 0

21

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
SANCHEZ	LOSADA

1er.Nombre	2do.Nombre
BREINER	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1079182913

Direcci¾n: CRA 3 N 21 69

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3202305251

Municipio: CAMPOALEGRE **Cod.** 132

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/4 a las 04:49

Prestador que remite: ESE HOSPITAL DEL ROSARIO **C¾digo de inscripci¾n:** 411320047701

Direccion: CAR 9 N 32 50 **Telefono:** 098 8381481 HUILA-CAMPOALEGRE

Profesional que Remite: NAIBY YULIETH LISCANO GARCIA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/09/4 a las 05:04

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/09/4 **a las** 19:29 **Fecha de Egreso:** 2023/09/5 **a las** 08:49

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

Diagnostico relacionado de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
TITO	VLADIMIR

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
POLANIA	TORRES

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 7702628

N·mero de Registro de MÚdico 967-03

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1168916	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59504

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BERMEO CORDOBA YERALDIN

DOC.IDENT:	TI 1079174995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 27 N 10 25		
FCHA.NACTO:	2005.11.27	EDAD:	17 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3143801690
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.09.04	HORA DE INGRESO: 19:29
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2023.09.05	HORA DE EGRESO: 08:49
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.04-19:51:07 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA LDB16G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

INGRESA PARRILLERA DE MOTO TRAIDA EN AMBULANCIA DE CAMPOALEGRE DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO AL PERDER EL CONTROL CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO. TRAE TAPON VENOSO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/65 FC: 76 FR: 18 TEMP: 36.2 TALLA: 167 PESO: 58 IMC: 21 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes,
<<CUELLO>>
Simétrico, sin dolor, no limitación para la movilidad, no ingurgitación yugular, no signos de trauma
<<TORAX>>
Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares
<<ABDOMEN>>
Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos
<<GENITOURINARIO>>
No valorado, refiere no haber recibido trauma en región genital ni presentar síntomas clínicos
<<PELVIS>>
Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación
<<DORSO / EXTREMIDADES>>

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59504

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BERMEO CORDOBA YERALDIN

DOC.IDENT:	TI 1079174995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 27 N 10 25		
FCHA.NACTO:	2005.11.27	EDAD:	17 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3143801690
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna; EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, EQUIMOSIS, EDEMA Y DOLOR A LA PALPACION QUE AUMENTA CON LA MOVILIZACION DESDE TERCIO INFERIOR DE MUSLO DERECHO, INNCLUYE RODILLA HASTA TERCIO MEDIO DE PIWERNA DERECHA
<<NEUROLOGICO>>
Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++),
<<PIEL>>
Sin lesiones adicionales
<<FANERAS>>
Sin lesiones adicionales

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
POR LA COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE ORDENA MANEJO INSTITUCIONAL
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 75 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- LLEVAR A IMAGENOLOGIA
- PASAR A OBSERVACION
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR TAPON VENOSO, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUIAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- VALORACION POR ORTOPEDIA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.09.05-06:50:53 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59504

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BERMEO CORDOBA YERALDIN

DOC.IDENT:	TI 1079174995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 27 N 10 25		
FCHA.NACTO:	2005.11.27	EDAD:	17 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3143801690
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO APARENTE LESION LINEAL EN ESPINA TIBIAL

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHASIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

*** FECHA: 23.09.05-06:52:20 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE RODILLA DERECHA

** PLAN DE MANEJO:
PARA ACLARAR POSIBLE LESION DE PLATILLO TIBIAL SE SOLICITA TAC DE RODILLA DERECHA

*** FECHA: 23.09.05-07:11:41 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE RODILLA DERECHA FRACTURA ESPINA TIBIAL POSTERIOR

*** FECHA: 23.09.05-07:31:19 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA DERECHA ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA DERECHA EDEMA Y DOLOR A MKOVILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL IZQ
TAC DE RODILLA MUSTRA FRACTURA DE ESPINA TIBIAL PSOTERIOR NO DESPLAZADA
DX: FRACTURA DE ESPINA TIBIAL POSTERIOR NO DESPLAZADA IZQ
PLAN: IMOVILIZAR CON FERULA YESADA
SALIDA
- ANALGESICOS AMBULATORIOS
- CONTROL EN 15 DIAS
- INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

*** FECHA: 23.09.05-08:27:48 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NOTA COMPLEMENTARIA: PACIENTE CON ACCIDENTE EL 21/08/2023 ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR POA LO CUAL SE INDICA MANEJO CONSERVADOR SIN FERULA DE YESO USO DE MULETAS AXILARES Y NO APOYAR.

PLAN: SUSPENDER ORDEN DE INMOVILIZACCION
USO DE MULETAS AXILARES NO APOYAR.

16

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59504

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BERMEO CORDOBA YERALDIN

DOC.IDENT:	TI 1079174995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 27 N 10 25		
FCHA.NACTO:	2005.11.27	EDAD:	17 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3143801690
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.09.05-08:49:11 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 REMITIDA DE PRIMER NIVEL AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA MANEJO SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE FRCATURA DE TIBIA PROXIMAL DERECHA, ES VALORADO POR TRAUMATOLOGÍA QUIEN 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 115/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 97% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. ORDEN DE SEGUIMIENTO, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 7.
1) NO APOYAR USO DE MULETAS AXILARES
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.

** TERAPIAS:

MULETAS AXILARES TOTAL 2

** JUSTIFICACION **
FRACTURA TIBIA PROXIMAL DERECHA.

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59504

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BERMEO CORDOBA YERALDIN

DOC.IDENT:	TI 1079174995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 27 N 10 25		
FCHA.NACTO:	2005.11.27	EDAD:	17 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3143801690
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DIAS., DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 30, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8 DÍAS., DURACION TRATAM: 8, VIA: ORAL

MANEJO COMPLEMENTARIO:
1)- ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

**** FECHA: 23.09.05-08:49:37 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.05-08:49:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S821 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA	CERRADA	
RELACIONADO 1:	S701 - CONTUSION DEL MUSLO		
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

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Médico y Cirujano
RM 0967/03

DR@. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
REG. MED: 967-03

14

PACIENTE: 1079174995 BERMEO CORDOBA YERALDIN **EDAD:** 17

DIRECCION: CLL 27 N 10 25 **TELEFONO:** 3143801690

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58643 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.04 **Nº POLIZA:** 8093407900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 4 de septiembre de 2023						
19:52:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
19:52:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
19:52:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	LMS	
19:52:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	LMS	
19:52:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 6.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 5 de septiembre de 2023						
03:52:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
03:52:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
03:52:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DIS1	
03:52:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 4.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: BERMEO CORDOBA YERALDIN No. Identif. 1079174995 Edad. 17

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.09.05

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:**	20.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7
* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	30.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8

MANEJO COMPLEMENTARIO:

1)- ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CAD 8 HORAS POR 7 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICABEA
RM 1.061.724.214

MEDICO **FARMACIA** Yeraldin B. **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -193538

FECHA EMISION: 2023.09.05
HORA: 08:54:49
PAGINA No: 1

USUARIO: BERMEO CORDOBA YERALDIN **FECHA DE PEDIDO:** 2023/09/5

DOC.IDENT: TI 1079174995 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. JHOAN ALBEIRO BAZAN

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
		TOTAL CANTIDAD:	50.00

Yeraldin B.

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.09.20
HORA:	10:55:36
PAGINA No:	1

Numero: 82442 Fecha Ex. 04/09/23 Hora 10:55
Nombre Paciente: 1079174995 BERMEO CORDOBA YERALDIN
Dirección: CLL 27 N 10 25 Telefono:3143801690 Edad:17 A Sexo:F
Medico: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y Prioridad: MEDIA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del fémur derecho observándose la diáfisis del fémur, con aspecto, contornos y densidad ósea normales.
Imagen de fractura proximal de la tibia sobre la base de implantación de las espinas tibiales sin desplazamientos.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea conservadas.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha en la que se advierte imagen de fractura proximal de la tibia hacia la base de implantación de las espinas tibiales sin mayor desplazamiento.
Los cóndilos y los platillos tibiales no muestran alteraciones.
La rotula y el espacio patelofemoral tiene contexto normal.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

10

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.09.20
HORA:	14:06:57
PAGINA No:	1

Numero: 82448 Fecha Ex. 05/09/23 Hora 10:48
Nombre Paciente: 1079174995 BERMEO CORDOBA YERALDIN
Dirección: CLL 27 N 10 25 Telefono:3143801690 Edad:17 A Sexo:F
Medico: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE RODILLA DERECHA Prioridad: MEDIA

LECTURA

TAC DE RODILLA DERECHA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras óseas de la rodilla derecha.
HALLAZGOS:
A nivel distal del fémur se observan los cóndilos y el espacio intercondíleo con características normales.
Hacia el tercio proximal de la tibia se advierte focos de fracturas sin mayor desplazamiento algunas fragmentadas que comprometen el tercio proximal borde posterior de la tibia y se extiende a la superficie articular especialmente a nivel interespinoso.
Los platillos tibiales tienen características usuales.
Relación articular tibia peronera superior normal.
No hay evidencia de compromiso traumático del peroné.
Edema de tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla la fractura tibial proximal.
No disponemos de reconstrucciones multiplanares.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

9

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, 04 SEP. 2013

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo BRAINER SANCHEZ LOSADA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario YERALDIN ROBLEDO CORDOBA, con identificación No. 1079174998, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad LA EQUIDAD SEGUROS, producto de las atenciones prestadas desde 04/09/2013 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre: Brainer Sanchez L.
c.c. 1079182913

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No 09

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTE

INFORMACION DEL PRESTADOR

FECHA Y HORA 4/09/2023 4:49:48 p. m.

Nombre: ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE NIT: 891180039 DV: 0

Codigo: 411320047701 Dirección Prestador: Cra 9 N9 32-50 Km 1 Via a neiva

Teléfono: 8-8380030 Departamento: HUILA 41 Municipio: campoalegre 132

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
BERMEO	CORDOBA	YERALDIN	

Tipo de documento de identificacion: Tarjeta_de_Identidad Numero del documento de Identificación: 1079174995

Fecha de Nacimiento: 27/11/2005 Edad: 17 Años / 9 Meses / 7 Días

Direccion de residencia habitual: CRA3 N 21 69 Telefono: 320 230 52 51

Departamento: HUILA 41 Municipio: CAMPOALEGRE 132

Entidad Responsable del Pago: LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT Nivel: OTROS CODIGO AT1429

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
1	No Tiene	1	No Tiene

Direccion de residencia habitual: 1 Telefono: 1

Tipo de documento de identificacion: Cédula_Ciudadanía Numero del documento de Identificación: 1

Municipio del Responsable 41132

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: NAIBY YULIETH LISCANO GARCIA Telefono: 8 - 8380030

Servicio que solicita la Referencia: URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS Celular: 3178934013

Serviciopara el cual se solicita la Referencia: Urgencias

ANAMNESIS

Motivo Consulta: Motivo de Consulta:
" ACCIDENTE DE TRANSITO EL 21 DE AGOSTO Y SE LASTIMO LA RODILLA DERECHA + EL OJO IZQUIERDO CON SANGRE "

Evolucion Médica:
PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE EL PASADO 21 DE AGOSTO PRESENTÓ ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PARRILLERA, DE MOTOCICLETA CON POSTERIOR CONTUSIÓN DE RODILLA DERECHA. Y HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL EL RESOLUCIÓN. SE SOLICITÓ REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE RODILLA AMBULATORIA, ACUDE POR PERSISTENCIA DE DOLOR.

Enfermedad Actual:

Antecedentes:

Examen Físico: Examen Físico:
BUEN ASPECTO GENERAL.

Cabeza y Cuello:
Asintomático
Organos de los sentidos:
Asintomático
Cardio Pulmonar:
Asintomático
Abdominal:
Asintomático
Genitourinario:
Asintomático
Osteomuscular:
Asintomático
Piel y Anexos:
Asintomático

Signos Vitales: FC: 0 x Min | FR: 0 x Min | GlasGow: 0 / 0 | TC: 0,0000 | Peso: 0,0000

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ **Actividad Uterina** ☐ **Actividad Uterina Regular** ☐ **Aminorea** ☐ **Ruptura d**

Tiempo Evolución: 0 min **TV Dilatación:** 0 **Borramiento:** 0 **Estación :** 0 ☐ **Cefalico**

Resultados Exámenes Diagnósticos: Resultado Tratamiento:
-

MOTIVO DE REMISION

Motivo Remisión: Falta_Cama_IPS_Remite

Descripción Motivo: PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE EL PASADO 21 DE AGOSTO PRESENTÓ ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PARRILLERA, DE MOTOCICLETA CON POSTERIOR CONTUSIÓN DE RODILLA DERECHA. Y HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL EL RESOLUCIÓN. SE SOLICITÓ REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE RODILLA AMBULATORIA, ACUDE POR PERSISTENCIA DE DOLOR. SE OBSERVA COMPROMISO OSEO DE LA MESETA TIBIAL, SIN DESPLAZAMIENTO POR LO QUE SE REMITE PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

Nombre IPS: **Nivel:**

Municipio: **Departamento :**

Servicio que Remite: URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS

Servicio Remitido: Urgencias

Resumen H.Clínica:

Fecha Confirmación: **Fecha Salida:**

IMPRESION DIAGNÓSTICA

CÓDIGO	NOMBRE
S821	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

C.C. 1075311555 - NAIBY YULIETH LISCANO GARCIA
Registro Medico: 1075311555 - MEDICINA GENERAL

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE
Nit.:891180039

Fecha : lunes, 04 septiembre 2023

EPICRISIS
Nº23461

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 04/septiembre/2023 05:48 p. m. **Ingreso:** 667161 **Fecha Ingreso** 4/09/2023 4:15:05 p. m. **Confirmado**

Médico: 1075258366 JORGE EDUARDO GOMEZ CABRERA

Informacion Paciente: YERALDIN BERMEO CORDOBA **Tipo Paciente:** Otro **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad **Número:** 1079174995 **Edad:** 17 Años / 9 Meses / 7 Días **F. Nacimiento:** 27/11/2005

E.P.S: AT1429 LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT

Entidad:

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso Ninguna **Fecha Egreso:** 04/septiembre/2023 05:48 p. m. **Estado Paciente:** VIVO

Motivo Consulta: Motivo de Consulta:
'' ACCIDENTE DE TRANSITO EL 21 DE AGOSTO Y SE LASTIMO LA RODILLA DERECHA + EL OJO IZQUIERDO CON SANGRE ''

Enfermedad Actual: Evolucion Médica:
PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE EL PASADO 21 DE AGOSTO PRESENTÓ ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PARRILLERA, DE MOTOCICLETA CON POSTERIOR CONTUSIÓN DE RODILLA DERECHA. Y HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL EL RESOLUCIÓN. SE SOLICITÓ REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE RODILLA AMBULATORIA, ACUDE POR PERSISTENCIA DE DOLOR.

Revisión del Sistema: Cabeza y Cuello:
Asintomático
Organos de los sentidos:
Asintomático
Cardio Pulmonar:
Asintomático
Abdominal:
Asintomático
Genitourinario:
Asintomático
Osteomuscular:
Asintomático
Piel y Anexos:
Asintomático

Indica Med/Conducta: Conducta / Plan:
PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE EL PASADO 21 DE AGOSTO PRESENTÓ ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PARRILLERA, DE MOTOCICLETA CON POSTERIOR CONTUSIÓN DE RODILLA DERECHA. Y HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL EL RESOLUCIÓN. SE SOLICITÓ REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE RODILLA AMBULATORIA, ACUDE POR PERSISTENCIA DE DOLOR. SE OBSERVA COMPROMISO OSEO DE LA MESETA TIBIAL, SIN DESPLAZAMIENTO POR LO QUE SE REMITE PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

Estado Ingreso:

Sistolica:
120,0000
Diastolica:
72,0000
TAM:
88,00
Frecuencia Cardiaca:
96,0000
Frecuencia Respiratoria:
20,0000
Temperatura:
36,0000
Peso:
44,0000
Talla:
157,0000
IMC:
17,8506
Glasgow:
0,0000

Antecedentes:

Tipo:Otros Fecha: 05/12/2019 03:21 p. m.
Detalle: NO REFIERE
Tipo:Médicos Fecha: 01/06/2021 10:11 a. m.
Detalle: NO REFIERE
Tipo:Ginecobstétricos Fecha: 01/06/2021 10:11 a. m.
Detalle: MENARQUIA: 12 AÑOS
Tipo:Médicos Fecha: 19/07/2021 09:26 a. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Familiares Fecha: 19/07/2021 09:26 a. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Quirúrgicos Fecha: 19/07/2021 09:26 a. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Alérgicos Fecha: 19/07/2021 09:26 a. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Transfusionales Fecha: 19/07/2021 09:26 a. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Ginecobstétricos Fecha: 19/07/2021 09:26 a. m.
Detalle: MENARQUIA: 13 AÑOS DE EDAD CM: IRREGULARES PNF: NIEGA AX DE FLUJO VAGINAL: NIEGA ETS: NIEGA VIH: NIEGA DX DE INFERTILIDAD Y TTO: NIEGA CCV: NIEGA NO TABACO, NO ALCOHOL NO DROGAS. NIEGA: ANTECEDENTES DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, TROMBOEMBOLISMO Y TRASTORNOS DE HIPERCOAGULABILIDAD.
Tipo:Otros Fecha: 19/07/2021 09:26 a. m.
Detalle: REFIERE PACIENTE QUE VIVE CON MADRE, LA PAREJA TIENE 25 AÑOS Y SE ENCUENTRA CON ELLA APOYANDOLA.
Tipo:Ginecobstétricos Fecha: 31/01/2022 03:57 p. m.
Detalle: FUM 05 MARZO??????
ECO 02 AGO-----14 SEM----GESTACION 40 SEM
ECO 27 OCT----26 SEM+2
ECO 25 NOV--30 SEM+4
Tipo:Médicos Fecha: 31/01/2022 03:57 p. m.
Detalle: NEG
Tipo:Médicos Fecha: 01/02/2022 12:22 p. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Ginecobstétricos Fecha: 01/02/2022 12:22 p. m.
Detalle: G1P0
Tipo:Ginecobstétricos Fecha: 30/09/2022 03:07 p. m.
Detalle: G1P0A0C1V1
Tipo:Médicos Fecha: 16/11/2022 02:00 p. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Médicos Fecha: 18/11/2022 01:32 p. m.
Detalle: .
Tipo:Médicos Fecha: 16/05/2023 09:49 p. m.
Detalle: NEG
Tipo:Médicos Fecha: 15/08/2023 11:11 a. m.
Detalle: NEGATIVOS.
Tipo:Médicos Fecha: 01/09/2023 09:01 a. m.
Detalle: .
Tipo:Médicos Fecha: 04/09/2023 04:49 p. m.
Detalle: NIEGA.

Result. Procedimientos: Resultado Tratamiento:
-

4

Condiciones Salida:

Indicación Paciente:

Examen Físico: Examen Fisico:
BUEN ASPECTO GENERAL.

Justificación:

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	S821	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA	
Egreso	S821	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA	☑

EVOLUCIONES

FECHA	DESCRIPCIÓN	MÉDICO
04/09/2023 05:48 p. m.	NOTAS ADICIONALES PACIENTE ACEPTADA EN TERCER NIVEL PARA VALORACION POR ORTOPEDIA. SE DILIGENCIA EPICRISIS PARA TRASLADO BASICO.	GOMEZ CABRERA JORGE EDUARDO

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
M01AB0505	DICLOFENACO AMPOLLA X75MG	☑
IDM000130	JERINGA 10 CC	☑
IDM000127	CATETER N°20	☑
IDM000071	ADAPTADOR INTERMITENTE ATI	☑

Medico: JORGE EDUARDO GOMEZ CABRERA
No. Documento: 1075258366
Tarjeta Profesional: 1075258366

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO 1.079.174.995
BERMEO CORDOBA
APELLIDOS
YERALDIN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-2005
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-NOV-2023 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
19-SEP-2013 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS JULIO SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1902200-00496051-F-1079174995-20131011 0035432456A 1 7102551486

CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUIP 1.079.182.913



SANCHEZ LOSADA

BREINER

COL 1.82 Sexo M

01 MAR 1995 A+

CAMPOALEGRE (HUILA)

19 MAR 2013, CAMPOALEGRE

12 DIC 2032

I1064338

REGISTRADOR NACIONAL



ICCOL01064338501902<<<<<<<<<<<
9503010M3212127COL1079182913<1
SANCHEZ<LOSADA<<BREINER<<<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027796247

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
LDU16G	AKT	AK125NKD EIII	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD No(PAS)
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR 157FMI2E000070 REG N VIN 9F2D51251PB043135

NÚMERO DE SERIE REG N NÚMERO DE CHASIS 9F2D51251PB043135 REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) IDENTIFICACIÓN
BERMEO CORDOBA DEIBY SOLED C.C. 1079184312

RESTRICCIÓN MOVILIDAD BLINDAJE ****** POTENCIA HP 10

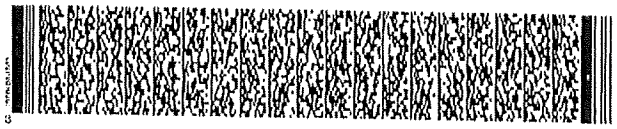
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	LC	FECHA IMPORT.	PUERTAS
902022000180569	I	01/11/2022	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.S

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
24/11/2022	24/11/2022	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
UNO MCPAL TTOYTTE PALERMO





LTD7002079322

RUNT

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	LDB16G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027796247	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI2E000078
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51251PB043135	NÚMERO DE VIN:	9F2D51251PB043135
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL (DD/MM/AAAA):	24/11/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8093407900	15/11/2022	16/11/2022	15/11/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:40:58 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. FEC152108

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
ab07a8e54104745acdbbe3042f2d6d284a1f78ddd4d5730fa5c069e6e840a80b093fa68b9351a6a7e985e0836b090d05

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1168916

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-10-20 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
8ad103f53266d5197bc974649b2fbf6bce40522c199f8ffce071f96013420a0dc61986f500ad9ba745bc7b2b29342951

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-20 04:40:22.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:40:58 AM
Página: 2

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC152108

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
ab07a8e54104745acdbbe3042f2d6d284a1f78ddd4d5730fa5c069e6e840a80b093fa68b9351a6a7e985e0836b090d05

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
fbe3c9e52040848bbf134c7152bf2574a7161c5d01e068bb2df3ac967d158e3840a4ebf49879b1d6e4a84dc2fe111817

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-02 03:27:06.000 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: 1

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

610

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.20	16:37:42	2023.10.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52108

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 165991
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.09.04 - 19:29 | 2023.09.05 - 08:49

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1079174995 BERMEO CORDOBA YERALDIN EDAD : 17 Años
DIRECCION: CLL 27 N 10 25 CAMPOALEGRE TELEFONO: 3143801690

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.04	873121	TVP					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.04	873121	TVP					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.04	873121	TVP					1	81,400	81,400
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2023.09.04	879510	TVP					1	531,000	531,000
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.09.05	890302	FGR					1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.04	890701	TVP					1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	1,168,916	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,168,916

SON: UN MILLON CIENTO SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS DIEZ Y SEIS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.20 04:40:22 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
Autorizacion de facturacion de la Dian: 1
Modalidad ELECTRONICA
Cufe: ab07a8e54104745acdbbe3042f2d6d284a1f78dd4d57
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

CODIGO DEL COMERCIO
una vigencia de: 12 Meses
0000 AUTORIZA
5e083
UJILLO Nit. 93.355.451 - 0
KA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
24 de Octubre del 2023
20202059

19

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.23	16:38:49	2023.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52252

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 166211

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.09.07 - 12:48	2023.09.07 - 17:31

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1014244383 TRIANA TRIANA DAYANI EDAD : 30 Años
DIRECCION: CARRERA 2 SUR N 26-02 NEIVA TELEFONO: 3046794816

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.07	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.07	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.07	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.07	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.09.07	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.09.07	879301		MJJ				1	648,100	648,100
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.07	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.07	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.07	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.07	890402		DAO				1	71,300	71,300
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.07	890402		JCO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.09.07	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.07	890701		MJJ				1	73,400	73,400

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
Autorizacion de facturacion de la Dian: 1
Modalidad ELECTRONICA
Cufe: 463cf9033272101c319da253b6cd76f3839e199b ce69(
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

7 CODI 900.11 DOLOMBIANO
una vigencia de: *12 Meses*
0000 AUTORIZA
bab32b386d84a
UJILLO Nit. 93.355.451 - 0
KA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

¡Recibido!
30 de Octubre del 2023
20204911

29

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 2016

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.23	16:36:49	2023.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52252

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 166211
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HOR EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.09.07 - 12:48 | 2023.09.07 - 17:31

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1014244383 TRIANA TRIANA DAYANI EDAD : 30 Años
DIRECCION: CARRERA 2 SUR N 26-02 NEIVA TELEFONO: 3046794816

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608	ISODINE ESPUMA X GC ECAR.								10	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.07	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.07	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.07	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.07	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.09.07	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.09.07	879301		MJJ				1	648,100	648,100
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.07	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.07	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.07	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.07	890402		DAO				1	71,300	71,300
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.07	890402		JCO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.09.07	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.07	890701		MJJ				1	73,400	73,400

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 463cf9033272101c319da253b6cd76f3839e199bce690ec21773a6d57a0d62f98582d1b50d08b36aa97bab32b386d84a

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

79

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.23	16:36:49	2023.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52252

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.07	S22101		FFN				1	26,400	26,400
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2023.09.07	MERCUCROMO		FFN				10	0	0

VALOR BRUTO:	2,902,745	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,902,745

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.23 04:41:35 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 463cf90332721 0c319da253b6cd76f3839e199bce690ec21773a6d57a0d62f98f82d1b50d08b36aa97bab32b386d84a

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

24

FACTURA:	52252
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 827,645
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,075,100
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 615

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 52252

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

TRIANA — 1er.Apellido o Razon Social

TRIANA — 2do.Apellido

DAYANI — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1014244383

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1993/06/6 Sexo: F[X] M

Direcci¾n: CARRERA 2 SUR N 26-02

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3046794816

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 5 CON CALLE 30 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/7 Hora: 12:24

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA LCW03G QUIEN ES COLISIONADA POR UN VEHICULO TIPO AUTOMOVIL, CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: VICTORY Placa: LCW03G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8090161800 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/10/21 Hasta: 2023/10/20

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LEON — 1er.Apellido o Razon Social

SANCHEZ — 2do.Apellido

EMIGDIO — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1022324990

Direccion: CARRERA 2 SUR N 26 02

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: 3046794816 Total Folios: 0

27

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 616

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
TRIANA	TRIANA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DAYANI	

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] **No. Documento** 1014244383

Direcci¾n: CARRERA 2 SUR N 26 02

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3046794816

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U[ ] R[ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/09/7 **a las** 12:48 **Fecha de Egreso:** 2023/09/7 **a las** 17:31

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC[X] CE[ ] PA[ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2902745	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

26

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.07 — HORA DE INGRESO: 12:48
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.09.07 — HORA DE EGRESO: 17:31
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
CONFIRMADO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
RELACIONADO1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO2: S510 - HERIDA DEL CODO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.07-13:08:56 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA LCW03G QUIEN ES COLISIONADA POR UN VEHICULO TIPO AUTOMOVIL, CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 13+30
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE7/24, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS CON HERIDA EN CUERO CABELLUDO EN REGION PERITAL IZQ DE APROX 4 CM. CON TATUAJE ABRASIVO PERILESIONAR. DOLOR A LA PALPACION DE MAXILAR SUPERIIOR IZQ.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS CON DOLOR EN HEMITORAX IZQ
<<ABDOMEN>>

23

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO, BRAZO, Y MUÑECA IZQUEIRDA. NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDA EN CUERO CABELLUDO EN REGION PERITAL IZQ DE APROX 4 CM. CON TATUAJE ABRASIVO PERILESIONAR; HERIDA EN CODO IZQ DE 2 CM CON BORDES MACERADOS Y NECROTICO; ABRASION CON TATUAJE TRAUMATICIO EN MANO IZQ.
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

SE SOLICITA PT, PTT, HEMOGRAMA

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA, CIRUGIA PLASTICA Y CIRUGIA GENERAL.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

22

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES |, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.09.07-13:33:40 MEDICO: / (AUXIL. FFN - NARLY TATIANA FIERRO FRANCO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 13:10 / 13:13 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: NARLY TATIANA FIERRO FRANCO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA DE +-2CM EN CUERO CABELLUDO, ABRASION EN CODO Y DORSO DE MANO IZQUIERDA + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 23.09.07-14:38:24 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA

TAC DE CARA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

TAC DE TORAX : NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

21

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.09.07-16:38:56 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 137/70 MMHG, FC: 80 X MIN, FR: 20 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:
TAC DE TORAX: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

DX:
TCE LEVE
TRAUMA CERRADO DE TORAX

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

***** FECHA: 23.09.07-16:42:42 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 4 HORAS, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) , ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL PARAMEDICO QUE TRAE A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ESCORIACIONES EN CARA Y EXTREMIDADES

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

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
ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

***** FECHA: 23.09.07-16:49:34 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN BRAZO IZQ, HOMBRO IZQ Y REJA COSTAL IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO IZQ, BRAZO IZQ, REJA COSTAL IZQ, NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: COTNUSIONES Y HERIDA EN CUERO CABELLUDO
PLAN: MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA.
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS

***** FECHA: 23.09.07-17:00:34 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: LEU:13610 NEU: 50.9 % HGB: 14.4 HCT: 41.7 PLQ: 333000 (NORMAL)
PT: 14.0 PTT: 31.1 INR:1.04 (NORMAL)
REPORTE DE PARACLINICOS DE BAJO RIESGO PARA ENFERMEDAD GRAVE.

** PLAN DE MANEJO:
SE IMPRIMEN ORDEN MEDICAS DE ESPECIALISTAS.

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR ORTIZ
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR MADURO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA TEC:
RECOMENDACIONES:
1. GUARDAR REPOSO
2. NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS
3. NO TRASNOCHAR
4. NO ASOLEARSE

SIGNOS DE ALARMA
CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA:
1. DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
2. VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS.
3. TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE.
4. DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).
5. PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN.
6. DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
7. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO PROGRESIVO (INESTABILIDAD, MAREO...).
8. VISIÓN DOBLE O BORROSA.
9. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD.
10. CONVULSIONES.
11. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.09.07-17:31:25 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

***** FECHA: 23.09.07-17:31:26 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.07-17:31:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO		
RELACIONADO 1:	S070 - TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA		
RELACIONADO 2:	S202 - CONTUSION DEL TORAX		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 166211

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166211 **Fecha** 2023/09/7

Nombre Paciente: TRIANA TRIANA DAYANI - 1014244383 **Edad:** 30 **Sexo:** F

Quien Realiza: FFN- NARLY TATIANA FIERRO FRANCO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
4. S202-CONTUSION DEL TORAX
5. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
6. S019-HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
4. S202-CONTUSION DEL TORAX
5. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
6. S019-HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	FFN	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA DE +-2CM EN CUERO CABELLUDO, ABRASION EN CODO Y DORSO DE MANO IZQUIERDA + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,16-Sep-2023 11:54:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.09.0 12:48
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 30 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1014244383	TRIANA TRIANA DAYANI	1 NIVEL I	NEIVA	CARRERA 2 SUR N	3046794816

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.07	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	FFN	10.00
2023.09.07	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	FFN	10.00
2023.09.07	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	FFN	1.00
2023.09.07	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	FFN	6.00
2023.09.07	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	FFN	1.00
2023.09.07	ZMD	MERCUCRO	MERCURIO CROMO X CC	FFN	10.00

15

PACIENTE: 1014244383 TRIANA TRIANA DAYANI **EDAD:** 30

DIRECCION: CARRERA 2 SUR N 26-02 **TELEFONO:** 3046794816

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58688 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.07 **Nº POLIZA:** 8090161800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 7 de septiembre de 2023						
13:09:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
13:09:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
13:09:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
13:09:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
13:09:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	DANI	
13:09:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
13:09:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	DANI	
13:09:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	DANI	
13:09:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	6.00		DIA	DANI	
13:09:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	3.00		DIA	DANI	
13:09:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DANI	
13:09:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 23.00

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 13 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

TRIANA TRIANA DAYANI
1014244383
Femenino
30 Años

Orden No. 202309070032

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
HEMATOLOGIA				
Hemograma IV				
Recuento de Leucocitos	13.61	x 10^3/ul		07/09/2023 14:41
Recuento de Globulos Rojos	4.76	x 10^6/ul	3.50 - 5.50	07/09/2023 14:41
Hemoglobina	14.4	g/dl	11.0 - 15.0	07/09/2023 14:41
Hematocrito	41.7	%	36.0 - 48.0	07/09/2023 14:41
Volumen Corpuscular Medio	87.6	fL	80.0 - 99.0	07/09/2023 14:41
Hemoglobina Corpuscular Media	30.2	pg	26.0 - 32.0	07/09/2023 14:41
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.5	g/dl	32.0 - 36.0	07/09/2023 14:41
Recuento de Plaquetas	333	x 10^3/ul	150 - 450	07/09/2023 14:41
Neutrofilos %	50.9	%	50.0 - 70.0	07/09/2023 14:41
Linfocitos %	39.4	%	20.0 - 40.0	07/09/2023 14:41
Monocitos %	5.9	%	1.0 - 8.0	07/09/2023 14:41
Eosinofilos %	3.70	%	3.00 - 7.00	07/09/2023 14:41
Basofilos %	0.10	%	0.00 - 1.00	07/09/2023 14:41
Neutrofilos #	6.92	x 10^3/ul	2.00 - 7.80	07/09/2023 14:41
Linfositos #	5.36	x 10^3/ul	0.60 - 4.10	07/09/2023 14:41
Monocitos #	0.82	x 10^3/ul	0.10 - 1.80	07/09/2023 14:41
Eosinofilos #	0.50	x 10^3/ul	0.30 - 0.70	07/09/2023 14:41
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul	0.00 - 0.10	07/09/2023 14:41
Volumen Plaquetario Medio	9.3	fL	7.4 - 10.4	07/09/2023 14:41
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	41.2	fL	39.0 - 46.0	07/09/2023 14:41
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.2	%	11.5 - 14.5	07/09/2023 14:41
PDW	15.5			07/09/2023 14:41
PCT	0.311	%		07/09/2023 14:41

Dra. Gicela Ramirez Maurique
Bacteriologa

COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	14.00	seg	11.30 - 18.30	07/09/2023 14:41
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	31.10	seg	22.00 - 38.00	07/09/2023 14:41
INR	1.04			07/09/2023 14:41

Dra. Gicela Ramirez Maurique
Bacteriologa

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 580218852f3194ecc2c753a8e9eb09670e5d3d8c0c673d3bb833ba8df37aa5599c0e1295c96c3e7977d79df901247776

Número de Factura: FE-9501
Fecha de Emisión: 18/09/2023
Fecha de Vencimiento: 18/10/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA / CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800110181
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CALLE 18 6 65
Teléfono / Móvil: 8756349
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	2023	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 11.046.420,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.046.420,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro. Tipo Código Descripción % Valor

Información Complementaria

Nro Nombre Campo Valor Campo

Anticipos

Nro Valor Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2023 (PRIMERA QUINCENA DEL MES 1-15)

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-09-18 09:57:11
Documento generado el: 2023-09-18 09:57:10
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	**11.046.420,00**
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	**11.046.420,00**
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	**0,00**
Total neto factura (=)	**11.046.420,00**
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 11.046.420,00

Valores Informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE ONCE MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,046,420.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (1RA QUINCENA) DEL 1 AL 10.

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
9010001	1075793437	17 Años	RODRIGUEZ VARGAS ANGIE TATIANA	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9010026	1081154383	34 Años	RODRIGUEZ GUTIERREZ OSNAIDER	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9010032	4913379	58 Años	MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
9010034	1109416310	32 Años	JOBEN FIGUEROA DIDIER FERNEY	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
9010035	1076514959	5 Años	ROJAS RUIZ THOMAS JAVIER	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
9010036	1141358747	6 Años	REYES POVEDA DULCE MARIA	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9010040	83225334	44 Años	MENSA LADINO JOSE BERNER	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9020046	1079509951	24 Años	ORTIZ SEMANATE ANDRES FELIPE	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9020048	1117529841	30 Años	CORONADO GOMEZ DANIEL	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9030001	1193144839	22 Años	POVEDA CABRERA CARLOS	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE ONCE MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,046,420.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (1RA QUINCENA) DEL 1 AL 10.

		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902210	Hemograma IV	32,100
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9060026	1003865475	20 Años	MORALES SEPULVEDA CAMILO	
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902210	Hemograma IV	32,100
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
		908608	TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
9070033	1010[illegible]042	5 Años	TEPEROMO GLORIA STEFANY	
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9070032	1014244383	30 Años	TRIANA TRIANA DAYANI	
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902210	Hemograma IV	32,100
9070034	12126756	59 Años	CHICA CARDONA VICTOR RAUL	
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
		908608	TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902210	Hemograma IV	32,100
9080001	1075295262	27 Años	PALOMAR REYES ALEX FRANCISCO	
		902210	Hemograma IV	32,100
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9080002	1003951462	20 Años	AVENDAÑO RODRIGUEZ JUAN JOSE	
		902210	Hemograma IV	32,100
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9080004	83015018	65 Años	AGUILAR PENAGOS HECTOR	
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
		902210	Hemograma IV	32,100
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9080005	7692289	50 Años	DELL TEJADA TOVAR EDISSON	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
9080009	26422616	40 Años	MENESES MUÑOZ DIANA MILENA	
		902210	Hemograma IV	32,100

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE ONCE MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,046,420.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (1RA QUINCENA) DEL 1 AL 10.

	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100009	1080295565	10 Años	ALDANA PIMENTEL JUAN SEBASTIAN	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9100011	4901789	87 Años	CARZON MEDINA MARCO TULIO	
	902221		RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	13,100
9100012	1075542524	31 Años	LASSO LAGUNA CRISTIAN FERNANDO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
9100013	75232.17	56 Años	PRIETO MATA AMABLE ENRIQUE	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100014	1079606091	32 Años	TRUJILLO PERDOMO LEIDY YOHANA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100015	11768298	49 Años	COLINA ALVARADO YLIANY ALICIA	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
			SUBTOTAL	12,273,800
			MENOS EL 10%	1,227,380
			TOTAL	11,046,420

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.09.22
HORA: 10:08:02
PAGINA No: 1

Numero: 82553 Fecha Ex. 07/09/23 Hora 11:28
Nombre Paciente: 1014244383 TRIANA TRIANA DAYANI
Dirección: CARRERA 2 SUR N 26-02 Telefono:3046794816 Edad:30 A Sexo:F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

Proyección AP del hombro izquierdo observándose la articulación escapula humeral y acromio clavicular con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del brazo izquierdo observándose la diáfisis del humero con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

TAC CEREBRAL SIMPLE

***HALLAZGOS**

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región parietal superior izquierda.
No se identifica focos de fracturas de la calota craneana.
Las cavidades aéreas aparentes en los planos basales tienen transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
La cisterna de la base el sistema ventricular cortical presenta morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.
Anotándose artefactos hiperdensos dispersos del aspecto central del endocraneo.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

TAC DE CARA

***HALLAZGOS**

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.09.22
HORA: 10:08:02
PAGINA No: 2

Numero: 82553 Fecha Ex. 07/09/23 Hora 11:38
Nombre Paciente: 1014244383 TRIANA TRIANA DAYANI
Dirección: CARRERA 2 SUR N 26-02 Telefono:3046794816 Edad:30 A Sexo:F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas esta conservado.
El puente nasal no muestra alteraciones.
Desviación del septum nasal hacia la derecha de la línea media.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.
Se advierte opacidad parcial etmoidal posterior izquierda.
Engrosamiento mucoperiostico hacia el piso del seno maxilar derecho.
No se anota otras alteraciones.

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el tórax en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el opérculo torácico hasta planos inferiores de las hemidiafragmas.

HALLAZGOS:

No hay datos clínicos.
A nivel del tejido pulmonar la trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
No hay focos pulmonares consolidativos.
La distribución de la vasculatura es normal.
No hay compromiso pleural.
No se observan derrames pleurales ni cámaras de neumotórax.
A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea principal, la tráquea, la Carina y los bronquios fuentes con aspecto normal.
El cayado aórtico se advierte sin alteraciones.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
No se confirma cardiomegalia.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
No se observan masas ni nódulos mediastinales.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.
Como hallazgos incidentales se advierte disminución con imagen en parches hipodensos del lóbulo derecho del hígado hallazgo este que puede corresponder a signos de hígado graso para seguimiento y control.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA DEL TÓRAX:
Dentro de límites normales.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.09.22
HORA:	10:08:02
PAGINA No:	3

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 07-09-2023

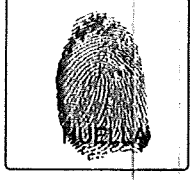
Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Dayani Triana identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1014244383 con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT ☐, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente



DAYANI TRIANA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.244.383
TRIANA TRIANA

APELLIDOS
DAYANI

NOMBRES



FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027516504

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
LCW03G	VICTORY	ADVANCE R 125 TK	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	AZUL COBALTO NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PS/J
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
1P53FMIHP1003534	N	9GFXCJTC0PCJ09718

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GFXCJTC0PCJ09718	N	9GFXCJTC0PCJ09718	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
LEON SANCHEZ EMIGDIO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1022324990



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
22-JUN-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1500150-00313872-F-1014244383-20110713 0027403769A 1 36831992



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE ******
POTENCIA HP 8
DECLARACION DE IMPORT CIÓN 902022000148406
IE FECHA IMPORT. 13/09/2022
PUERTAS 0
LIMITACION A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA 21/10/2022
FECHA EXP. LIC. TTO. 21/10/2022
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
UND MCPAL TTOYTTE PALERMO
LT07002078062

RUNT

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	LCW03G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027516504	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	ADVANCE R 125 TK
MODELO:	2023	COLOR:	AZUL COBALTO NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFXCJTC0PCJ09718	NÚMERO DE MOTOR:	1P53FMIHP1003534
NÚMERO DE CHASIS:	9GFXCJTC0PCJ09718	NÚMERO DE VIN:	9GFXCJTC0PCJ09718
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	21/10/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8090161800	20/10/2022	21/10/2022	20/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:41:28 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. FEC152252

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
463cf9033272101c319da253b6cd76f3839e199bce690ec21773a6d57a0d62f98f82d1b50d08b36aa97bab32b386d84a

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2902745

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-10-23 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
337a7d18614a374eab313d6d1cf76dc3549dec6de86641f4970e414b662b728acc7ad61cfe4f1ddf218bf5f900f4940a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-23 04:41:35.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC152252

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
463cf9033272101c319da253b6cd76f3839e199bce690ec21773a6d57a0d62f98f82d1b50d08b36aa97bab32b386d84a

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
d878057ba0c036d9115a7da9930fb99246eb8081b9c9caad0a524763b8aefc3e7ecbdd37b09bb006e877c579afc46945

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-23 09:48:37.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
e70f7f6f015372052b538f31889174a7c5f5f168a81422f22339e22f520acccf6b0c40f6443afb525c605944411941f1

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-24 05:09:06.000 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

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:41:28 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. FEC152252

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
463cf9033272101c319da253b6cd76f3839e199bce690ec21773a6d57a0d62f98f82d1b50d08b36aa97bab32b386d84a

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
6125cedd153e68737c4dbd4351ccef3131acdf178e43ff61c136d04849d9a48a96d589b29166e1a3ffdecb4474aec569

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-24 05:09:14.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.23	16:39:45	2023.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52253

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 166237
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | | 2023.09.07 - 12:48 | 2023.09.07 - 21:11

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1014244383 TRIANA TRIANA DAYANI EDAD : 30 Años
DIRECCION: CARRERA 2 SUR N 26-02 NEIVA TELEFONO: 3046794816

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	7-Sep-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	7-Sep-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	335,500	335,500
39121	GRUPO 10	7-Sep-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	159,000	159,000
39212	GRUPO 10	7-Sep-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	7-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	7-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	7-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	7-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	7-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	7-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	7-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	7-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	7-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								5	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								100	0	0
890701	MERCURIO CROMO X 25 CC								1	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
19987766	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.09.07	890202				HAP		1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.07	890202				JHT		1	55,100	55,100

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
Autorizacion de facturacion de la Dian: 1
Modalidad ELECTRONICA
Cufe: a43dc30d7cdef0bf1eeb9ee97da9430bedfcebc10190
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

7 CODIGO DEL COMERCIO
800.11
una vigencia de: 12 Meses
10000 AUTORIZA
57d189
RUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
IKA COLOMBIA S.A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
30 de Octubre del 2023
20204913

28

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.23	16:39:45	2023.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52253

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 166237
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.09.07 - 12:48 2023.09.07 - 21:11

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1014244383 TRIANA TRIANA DAYANI EDAD : 30 Años
DIRECCION: CARRERA 2 SUR N 26-02 NEIVA TELEFONO: 3046794816

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	7-Sep-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	7-Sep-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	335,500	335,500
39121	GRUPO 10	7-Sep-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	159,000	159,000
39212	GRUPO 10	7-Sep-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	7-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	7-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	7-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	7-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	7-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	7-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	7-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	7-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	7-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								5	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								100	0	0
890701	MERCURIO CROMO X 25 CC								1	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
19987766	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.09.07	890202				HAP		1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.07	890202				JHT		1	55,100	55,100

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: a43dc30d7edef0bf1ecb9ee97da9430bedfeebc20190cd5a9572a96e918a4aab44679c3220aa023d5667d1891c44b53d

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

25

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.23	16:39:45	2023.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52253

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	3,990,000	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,990,000

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.23 04:42:30 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: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: a43dc30d7cdef0bf1ecb9ee97da9430bedfcebc20190cd5a9572a96e918a1aab44679c3220aa023d5667d1891e44b53d

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

24

FACTURA:	52253
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,879,800
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 110,200
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 647

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 52253

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

TRIANA — 1er.Apellido o Razon Social

TRIANA — 2do.Apellido

DAYANI — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS [ ] PT

No. Documento: 1014244383

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1993/06/6 Sexo: [X] F [ ] M

Direcci¾n: CARRERA 2 SUR N 26-02

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3046794816

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 5 CON CALLE 30 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/7 Hora: 12:24

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA LCW03G QUIEN ES COLISIONADA POR UN VEHICULO TIPO AUTOMOVIL, CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: VICTORY Placa: LCW03G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8090161800 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/10/21 Hasta: 2023/10/20

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LEON — 1er.Apellido o Razon Social

SANCHEZ — 2do.Apellido

EMIGDIO — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC

No. Documento 1022324990

Direccion: CARRERA 2 SUR N 26 02

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: 3046794816 Total Folios: 0

27

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 648

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
TRIANA	TRIANA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DAYANI	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1014244383

Direcci¾n: CARRERA 2 SUR N 26 02

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3046794816

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las **C¾digo de inscripci¾n:**

Prestador que remite:

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las **C¾digo de inscripci¾n:**

Prestador que recibe:

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia BÞsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/09/7 **a las** 12:48

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

Fecha de Egreso: 2023/09/7 **a las** 21:11

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3990000	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

76

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.07 — HORA DE INGRESO: 12:48
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.09.07 — HORA DE EGRESO: 21:11
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
CONFIRMADO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
RELACIONADO1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO2: S510 - HERIDA DEL CODO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.07-13:08:56 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA LCW03G QUIEN ES COLISIONADA POR UN VEHICULO TIPO AUTOMOVIL, CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 13+30
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE7/24, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS CON HERIDA EN CUERO CABELLUDO EN REGION PERITAL IZQ DE APROX 4 CM. CON TATUAJE ABRASIVO PERILESIONAR. DOLOR A LA PALPACION DE MAXILAR SUPERIIOR IZQ.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS CON DOLOR EN HEMITORAX IZQ
<<ABDOMEN>>

23

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO, BRAZO, Y MUÑECA IZQUEIRDA. NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDA EN CUERO CABELLUDO EN REGION PERITAL IZQ DE APROX 4 CM. CON TATUAJE ABRASIVO PERILESIONAR; HERIDA EN CODO IZQ DE 2 CM CON BORDES MACERADOS Y NECROTICO; ABRASION CON TATUAJE TRAUMATICIO EN MANO IZQ.
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

SE SOLICITA PT, PTT, HEMOGRAMA

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA, CIRUGIA PLASTICA Y CIRUGIA GENERAL.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

22

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES |, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.09.07-13:33:40 MEDICO: / (AUXIL. FFN - NARLY TATIANA FIERRO FRANCO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 13:10 / 13:13 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: NARLY TATIANA FIERRO FRANCO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA DE +-2CM EN CUERO CABELLUDO, ABRASION EN CODO Y DORSO DE MANO IZQUIERDA + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 23.09.07-14:38:24 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA

TAC DE CARA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

TAC DE TORAX : NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

21

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.09.07-16:38:56 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 137/70 MMHG, FC: 80 X MIN, FR: 20 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:
TAC DE TORAX: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

DX:
TCE LEVE
TRAUMA CERRADO DE TORAX

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

***** FECHA: 23.09.07-16:42:42 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 4 HORAS, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) , ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL PARAMEDICO QUE TRAE A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ESCORIACIONES EN CARA Y EXTREMIDADES

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

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
ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

***** FECHA: 23.09.07-16:49:34 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN BRAZO IZQ, HOMBRO IZQ Y REJA COSTAL IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO IZQ, BRAZO IZQ, REJA COSTAL IZQ, NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: COTNUSIONES Y HERIDA EN CUERO CABELLUDO
PLAN: MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA.
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS

***** FECHA: 23.09.07-17:00:34 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: LEU:13610 NEU: 50.9 % HGB: 14.4 HCT: 41.7 PLQ: 333000 (NORMAL)
PT: 14.0 PTT: 31.1 INR:1.04 (NORMAL)
REPORTE DE PARACLINICOS DE BAJO RIESGO PARA ENFERMEDAD GRAVE.

** PLAN DE MANEJO:
SE IMPRIMEN ORDEN MEDICAS DE ESPECIALISTAS.

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR ORTIZ
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR MADURO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA TEC:
RECOMENDACIONES:
1. GUARDAR REPOSO
2. NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS
3. NO TRASNOCHAR
4. NO ASOLEARSE

SIGNOS DE ALARMA
CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA:
1. DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
2. VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS.
3. TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE.
4. DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).
5. PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN.
6. DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
7. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO PROGRESIVO (INESTABILIDAD, MAREO...).
8. VISIÓN DOBLE O BORROSA.
9. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD.
10. CONVULSIONES.
11. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ

***** FECHA: 23.09.07-17:31:25 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** FECHA: 23.09.07-17:31:26 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.07-17:31:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.07-21:04:47 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 76 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CABEZA: HERIDA ABIERTA EN CUERO CABELLUDO TIPO ESCALPE DE 4 CM, REGION PARIETAL IZQUIERDA, PROFUNDA, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA. HERIDA ABIERTA EN CODO IZQUIERDO DE 2 CM, PROFUNDA, CON SANGRADO EN CAPA, BORDES NITIDOS.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:55 PM

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:55 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.07-20:00:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.07-21:05:12 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 76 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CABEZA: HERIDA ABIERTA EN CUERO CABELLUDO TIPO ESCALPE DE 4 CM, REGION PARIETAL IZQUIERDA, PROFUNDA, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA. HERIDA ABIERTA EN CODO IZQUIERDO DE 2 CM, PROFUNDA, CON SANGRADO EN CAPA, BORDES NITIDOS.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:55 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:55 PM

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

***** FECHA: 23.09.07-21:09:10 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 20:00 / 20:30 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE) VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA VIA: 4 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 4 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 16324
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CABEZA: HERIDA ABIERTA EN CUERO CABELLUDO TIPO ESCALPE DE 4 CM, REGION PARIETAL IZQUIERDA, PROFUNDA, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA. HERIDA ABIERTA EN CODO IZQUIERDO DE 2 CM, PROFUNDA, CON SANGRADO EN CAPA, BORDES NITIDOS.

DESCRIPCION:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA TIPO BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, MACERADOS Y NO VIABLES
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN CODO IZQUIERDO CON PUNTOS SEPARADOS DE PROLENE. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 2, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN CUERO CABELLUDO CON PUNTOS SEPARADOS DE PROLENE. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 3, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.09.07-21:12:08 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE INDICA SALIDA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
SALIDA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA
RECOMENDACIONES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG TAB.....15 TAB
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

ACETAMINOFEN 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 6 HORAS

NAPROXENO 250 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

RECOMENDACIONES:
BAÑO NORMAL CON AGUA, JABON Y SHAMPOO A PARTIR DE MAÑANA
HIELO EN CUERO CABELLUDO HOY, MAÑANA Y PASADO MAÑANA
RETIRO DE PUNTOS EN CUERO CABELLUDO Y CODO IZQUIERDO EN 10 DIAS
APLICAR RIFOCINA SPRAY (O MERCURIO CROMO) EN AREAS DE TRAUMA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
PROTECCION SOLAR POR 3 MESES EN AREAS DE TRAUMA (UTILIZAR EN CARA GORRA, CACHUCHA, SOMBRERO, SOMBRILLA, ETC)
ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
TOMAR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS ORDENADOS

14

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59555

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: TRIANA TRIANA DAYANI

DOC.IDENT:	CC 1014244383	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02		
FCHA.NACTO:	1993.06.06	EDAD:	30 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3046794816
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.07-21:11:39 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO		
RELACIONADO 1: S070 - TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA		
RELACIONADO 2: S202 - CONTUSION DEL TORAX		

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. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugia Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

DR@. HAROL ALBERTO PERDOMO
REG. MED: 7708263

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16324

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166237 Fecha 07/09/23

Nombre Paciente: TRIANA TRIANA DAYANI 1014244383 Edad: 30 Sexo: F

Hora inicio 20:00 Hora fin: 20:30 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: BLOQUEO

Cirujano: HAP- HAROL ALBERTO PERDOMO Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion PAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S010-HERIDA DEL CUERO CABELLUDO	1. S010-HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN EXTREMIDADES.	2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN EXTREMIDADES.
3. S510-HERIDA DEL CODO	3. S510-HERIDA DEL CODO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	HAP	1 - 1i Interv 100%
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	HAP	4 - 2i+ #Via, =Ciruj
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HAP	4 - 2i+ #Via, =Ciruj

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: CABEZA: HERIDA ABIERTA EN CUERO CABELLUDO TIPO ESCALPE DE 4 CM, REGION PARIETAL IZQUIERDA, PROFUNDA, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA. HERIDA ABIERTA EN CODO IZQUIERDO DE 2 CM, PROFUNDA, CON SANGRADO EN CAPA, BORDES NITIDOS.

DESCRIPCION:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA TIPO BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, MACERADOS Y NO VIABLES
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN CODO IZQUIERDO CON PUNTOS SEPARADOS DE PROLENE. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 2, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN CUERO CABELLUDO CON PUNTOS SEPARADOS DE PROLENE. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 3, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16324

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166237 Fecha 07/09/23

Nombre Paciente: TRIANA TRIANA DAYANI 1014244383 Edad: 30 Sexo: F

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

NO

Rayos X Intraoperatorios

NO

Intensificador de Imagen

NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1014244383

ADMISION N_: 166237

NOMBRE: TRIANA TRIANA DAYANI **Num. Id-:** CC 1014244383
FECHA NACIMIENTO: 1993.06.06 **EDAD:** 30 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.09.07 **HORA DE INGRESO:** 21:04:47 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.07 21:04
DIRECCION: CARRERA 2 SUR N 26-02 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3046794816
OCUPACION: 430 AGENTES DE VENTAS Y REPRESENTANTES DE **RESPONSABLE:** EMIGDIO LEON
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.09.07

<< REGISTRO: 21:04:47 >> (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CFI CONSULTA DE FISIOTERAPIA **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

ACCIDENTE DE TRANSITO.

REVISION POR SISTEMA

NO REFIERE

ANTECEDENTES

--><<2023.09.07-18:32:24>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 166237

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: LAPAROSCOPIA, REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE CUPULA RADIAL, RETIRO DE MATERIAL DE SINTESIS DE RADIO

ANESTESICOS: 2 ANESTESIAS GENERALES Y 1 BLOQUEO ANESTESICO SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2023.09.07-21:04:47>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 166237
NO REFIERE

**** EXAMEN FISICO ****

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1014244383

ADMISION N_: 166237

NOMBRE: TRIANA TRIANA DAYANI **Num. Id-:** CC 1014244383

FECHA NACIMIENTO: 1993.06.06 **EDAD:** 30 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.07 **HORA DE INGRESO:** 21:04:47 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.07 21:04

DIRECCION: CARRERA 2 SUR N 26-02 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3046794816

OCUPACION: 430 AGENTES DE VENTAS Y REPRESENTANTES DE **RESPONSABLE:** EMIGDIO LEON

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES **TA:** 120/70 **FC:** 76 **FR:** 16 **Tmp:** 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CABEZA: HERIDA ABIERTA EN CUERO CABELLUDO TIPO ESCALPE DE 4 CM, REGION PARIETAL IZQUIERDA, PROFUNDA, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA. HERIDA ABIERTA EN CODO IZQUIERDO DE 2 CM, PROFUNDA, CON SANGRADO EN CAPA, BORDES NITIDOS.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S010 HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S510 HERIDA DEL CODO

EVOLUCION

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:55 PM

ANALISIS/PLAN

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:55 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.07-20:00:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2023.09.07 **HORA DE EGRESO:** 20:00:00 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

Dr. HAROL ALBERTO PERDOMO
Registro Medico: 7708263

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 166237 - 10000

NOMBRE:	TRIANA TRIANA DAYANI		C.C. -TI-RC-OTRO	1014244383	
EDAD:	30 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1993.06.06	SEXO:	F
DIRECCION:	CARRERA 2 SUR N 26-02			TELEFONO:	3046794816
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	EMIGDIO LEON			TELEFONO:	3046794816

FECHA: 2023.09.07

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: SUTURA DE AVULSION PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE) MAS DERMOABRASION AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.09.07-18:32:24>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 166237

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: LAPAROSCOPIA, REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE CUPULA RADIAL, RETIRO DE MATERIAL DE SINTESIS DE RADIO

ANESTESICOS: 2 ANESTESIAS GENERALES Y 1 BLOQUEO ANESTESICO SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2023.09.07-21:04:47>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 166237

NO REFIERE

EXAMEN FISICO:

PA: 145/72 **FC:** 86 **FR:** 21 **PESO:** 96 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
HERIDA PROFUNDA, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS, MUY CONTAMINADA, EN REGION PARIETAL IZQUEIRDA

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
ESCORIACIONES Y ABRASIONES EN CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDOS CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CON IMPACTACION DE CUERPOS EXTRAÑOS

OTROS:
SIN ALTERACION

7

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 166237 - 10000

NOMBRE: TRIANA TRIANA DAYANI C.C. -TI-RC-OTRO 1014244383

EDAD: 30 A FECHA DE NACIMIENTO: 1993.06.06 SEXO: F

DIRECCION: CARRERA 2 SUR N 26-02 TELEFONO: 3046794816

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: EMIGDIO LEON TELEFONO: 3046794816

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S080
AVULSION DEL CUERO CABELLUDO

PLAN:
ASA III, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, BLOQUEO ANESTESICO, ANALGESIA POP

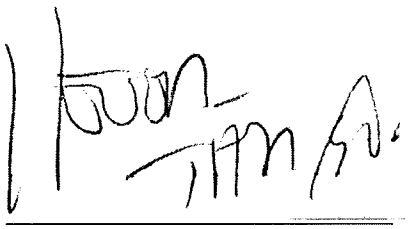
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.09.07 **HORA:** 18:32:18

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Triana	Triana	Dayana	1014244383

FECHA (Día / Mes / Año / Hora)	EDAD (Años / Meses / Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
2 / 9 / 23 /	30 / A /	H ☐ M ☒	1.65	95	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Hallux valgus Osteotomia con avulsión de Lat. Bilateral.

OPERACION PROPUESTA

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

NO — NO — Apendice cupula rodal Laparatomia.

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA DIENTES CUELLO
IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Rel Bisp.

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL
	NECESITA SANGRE

RESUMEN Y PLAN: Bloqueo peridural

NO C.C.

PREMEDICACION NO

ESTADO PSICOLOGO: Tranquilo

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: DXC

REPARACION E / A / C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 1

HORA: 20:00

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA	Negativo
REFLEJOS	Positivo
MOTILIDAD	Positivo

RECUPERACION	OK
CONCIENCIA	OK
DIURESIS	OK
SENSIBILIDAD	OK
PIEL	Roja-hidratada

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

COMENTARIOS: Ingresa usuario a sala de recuperación bajo anestesia bloqueo sin complicaciones.

TOTALES: 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9 / 10 11 12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejora

FIRMA

5

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS — CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO — LIQUIDO ___ SOLIDO ___ — TECNICA: LOCAL ___ BLOQUEO ___ GENERAL ___ CAUDAL ___ OTRA ___ — DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION — CCSC ___ CSA ___ CCC ___ — E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

I OT No ___ I NT No ___

E OT No ___ E NT No ___

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀ a

PVC XXX

T° ___

TORNIQUETE

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES: 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL ___ C.C. ___ C.C.

TOTALES: 1 2 3 4 / 5 6 7 8 / 9 10 11 12 / 13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,16-Sep-2023 11:52:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.09.0 12:48

001 0 SOAT OTRO REGIMEN 30 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1014244383 TRIANA TRIANA DAYANI 1 NIVEL I NEIVA CARRERA 2 SUR N 3046794816

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.07	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	MVT	10.00
2023.09.07	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	MVT	1.00
2023.09.07	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	2.00
2023.09.07	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.09.07	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	MVT	1.00
2023.09.07	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	MVT	1.00
2023.09.07	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	100.00
2023.09.07	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	100.00
2023.09.07	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.07	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.07	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	MVT	1.00
2023.09.07	CLI	F243630	MERCURIO CROMO X 25 CC	MVT	1.00
2023.09.07	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	5.00
2023.09.07	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	5.00
2023.09.07	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2023.09.07	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.09.07	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	2.00
2023.09.07	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	MVT	2.00

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.244.383
TRIANA TRIANA

APELLIDOS
DAYANI

NOMBRES



FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027516504

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
LCW03G	VICTORY	ADVANCE R 125 TK	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	AZUL COBALTO NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
1P53FMIHP1003534	N	9GFXCJTC0PCJ09718

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GFXCJTC0PCJ09718	N	9GFXCJTC0PCJ09718	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN
LEON SANCHEZ EMIGDIO — C.C. 1022324990


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
22-JUN-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-C0313872-F-1014244383-20110713 0027403769A 1 36831992


RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE
******
POTENCIA HP
8
DECLARACION DE IMPORTACIÓN
902022000148406
LIMITACION A LA PROPIEDAD
******
IE
I
FECHA IMPORT.
13/09/2022
PUERTAS
0
FECHA MATRÍCULA
21/10/2022
FECHA EXP. LIC. TTO.
21/10/2022
FECHA VENCIMIENTO
******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
UND MCPAL TTOYTTE PALERMO
LTO7002078062

RUNT

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	LCW03G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027516504	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	ADVANCE R 125 TK
MODELO:	2023	COLOR:	AZUL COBALTO NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFXCJTC0PCJ09718	NÚMERO DE MOTOR:	1P53FMIHP1003534
NÚMERO DE CHASIS:	9GFXCJTC0PCJ09718	NÚMERO DE VIN:	9GFXCJTC0PCJ09718
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	21/10/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8090161800	20/10/2022	21/10/2022	20/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.14	17:35:56	2023.10.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51830

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | **TIPO CONTRATO** | **VIA DE INGRESO**
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 166084,166134
CONTRATO/PLAN | **REGIMEN** | **AUTORIZACION** | **FEC-HOR INGRES** | **FEC-HORA EGRESO**
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.09.05 - 19:57 | 2023.09.07 - 08:47

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26476844 RAMIREZ ALFARO MARIA DORA EDAD : 67 Años
DIRECCION: CR 8C N 2-41 BARAYA TELEFONO: 3123188554
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
13723-1	CORRECCION QUIRURGICA PRIMARIA DE LESION EN LIGAMENTOS (ART87)	6-Sep-2023	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	730,300	730,300
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	425,400	425,400
39123	GRUPO 12	6-Sep-2023	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	199,300	199,300
39214	GRUPO 12	6-Sep-2023	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,170,600	1,170,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13581	OSTEOSINTESIS DE LUXO FRACTURA O FRACTURA CUELLO PIE	6-Sep-2023	39009	7	11	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	327,600	327,600
39109	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOG	6-Sep-2023	39109	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	187,500	187,500
39122	GRUPO 11	6-Sep-2023	39122	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	89,900	89,900
39213	GRUPO 11	6-Sep-2023	39213	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	557,100	557,100
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	438,600	438,600
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
	PLACA 1/3 DE CAÑA BLOQUEADA DE 3.5 / 6 ORIFICIOS								1	683,000	683,000
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								18	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								4	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								7	500	3,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	600	3,000
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								20	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

Recibido!
31 de Octubre del 2023
20205098

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 *ina vigencia de: 12 Meses*
Modalidad ELECTRONICA D *000 AUTORIZA*

Cufe: 86a8f40e1d0b8bc7f0b3d96fe274f797f551f6b1c139f9 3471
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I JJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: TBS FACTORY BRA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 837 Acuerdo 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.14	17:35:56	2023.10.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51830

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 166084,166134

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.09.05 - 19:57	2023.09.07 - 08:47

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 26476844 RAMIREZ ALFARO MARIA DORA EDAD : 67 Años

DIRECCION: CR 8C N 2-41 BARAYA TELEFONO: 3123188554

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
13723-1	CORRECCION QUIRURGICA PRIMARIA DE LESION EN LIGAMENTOS (ART87)	6-Sep-2023	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	730,300	730,300
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	425,400	425,400
39123	GRUPO 12	6-Sep-2023	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	199,300	199,300
39214	GRUPO 12	6-Sep-2023	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,170,600	1,170,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13581	OSTEOSINTESIS DE LUXO FRACTURA O FRACTURA CUELLO PIE	6-Sep-2023	39009	7	11	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	327,600	327,600
39109	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOG	6-Sep-2023	39109	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	187,500	187,500
39122	GRUPO 11	6-Sep-2023	39122	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	89,900	89,900
39213	GRUPO 11	6-Sep-2023	39213	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	557,100	557,100
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	438,600	438,600
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
	PLACA 1/3 DE CAÑA BLOQUEADA DE 3.5 / 6 ORIFICIOS								1	683,000	683,000
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								18	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								4	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								7	500	3,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	600	3,000
	COMPRESAS ESTERILES ULTRAMED								20	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 86a8f40e3d3b8bc7f0b3d96fe2741f97f551f6b1d139f98428b5b81e8ac039dc08a3e1a728a3a62e4a0834771f1b11ffa

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.14	17:35:56	2023.10.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51830

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19998775	ISODINE SOLUCION								300	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								12	3,758	45,096
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								4	3,387	13,548
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19913079	DICLOFENACO 50 MG								3	0	0
19913079	DICLOFENACO 50 MG								1	867	867
19960774	BUPIROP 0,5% PESADO AMP								1	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								4	25,600	102,400
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.06	873206		FGR				1	62,800	62,800
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2023.09.06	870001		CLF				5	189,200	946,000
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.06	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.06	902046						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.06	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.09.06	890202		FGR				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.06	890202		JHT				1	55,100	55,100
IPC-TB-3	TORNILLO DE BLOQUEO 3.5/16 MM	2023.09.06	IPC-TB-35/		CLF				1	243,700	243,700
IPC-TC-3	TORNILLO CORTICAL DE 3.5 / 16 MM	2023.09.06	IPC-TC-35/		CLF				1	88,800	88,800
IPC-TC-3	TORNILLO CORTICAL DE 3.5 / 18 MM	2023.09.06	IPC-TC-35/		CLF				2	88,800	177,600

VALOR BRUTO:	7,726,087	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	7,726,087

SON: SIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTISEIS MIL OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.19 09:13:56 AM

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 86a8f40e1d0b9b07f0b3d96fe274f797f551f6b1d139f98428b5b81c8ac039dc08a3e1a720a3a62e4a083471f1bf1ffa

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

45

FACTURA:	51830
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 6,842,987
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 883,100
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG [ ]

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 51830

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

RAMIREZ — 1er.Apellido o Razon Social
ALFARO — 2do.Apellido
MARIA — 1er.Nombre
DORA — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] MS[ ] PT[ ] **No. Documento:** 26476844

De: 41078 **Fecha de Nacimiento:** 1956/08/19 **Sexo:** F[X] M[ ]

Direcci¾n: CR 8C N 2-41

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3123188554

Municipio: BARAYA **Cod.** 078

Condicion del accidentado: Conductor[ ] Peaton[ ] Ocupante[X] Ciclista[ ]

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo[ ] Maremoto[ ] Erup. Volcanicas[ ] Huracßn[ ]
Inundaciones[ ] Avalancha[ ] Desliz. de Tierra[ ] Incendio Natural[ ]

Terroristas: Explosi¾n[ ] Masacre[ ] Mina Antipersonal[ ] Combate[ ]
Incendio[ ]

Otros[ ] Cual? Ataques a Municipios[ ] Desplazados[ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CR 8C 241

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/5 **Hora:** 14:30

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: BARAYA **Cod.** 078 **Zona:** U[X] R[ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA HDY92B PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg.[X] No Aseg.[ ] Vehi. Fantasma.[ ] P¾liza falsa[ ] Vehiculo en Fuga[ ]

Marca: HONDA **Placa:** HDY92B

Tipo de Servicio: Particular[X] Publico[ ] Oficial[ ] Vehiculo de Emergencia[ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar[ ] Vehi. de transporte masivo[ ] Vehi. Escolar[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 **intervenci¾n de la Auto.** Si[ ] No[X]

Poliza SOAT No 8103248700 **Cobro excedente P¾liza** Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2023/02/23 **Hasta:** 2024/02/22

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

SAAVEDRA — 1er.Apellido o Razon Social
VIVAS — 2do.Apellido
JORGE — 1er.Nombre
RODRIGO — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE[ ] PA[ ] NIT[ ] TI[ ] RC[ ] **No. Documento** 7703461

Direccion: BARRIO CENTRO

Departamento: CUNDINAMARCA **Cod.** 25

Municipio: GIRARDOT **Cod.** 307 **Telefono:** 3123188554 **Total Folios:** 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CARDOSO	RAMIREZ

1er.Nombre	2do.Nombre
YEISON	MAURICIO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 83222459

Direcci¾n: BARRIO CENTRO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3123188554

Municipio: BARAYA **Cod.** 078

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/5 a las 17:01

Prestador que remite: ESE HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO **C¾digo de inscripci¾n:** 410780035201

Direccion: AVE 2 # 8-10 **Telefono:** 8788649 HUILA-BARAYA

Profesional que Remite: RAFAEL ENRIQUE AARON MARTI **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/09/5 a las 17:16

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JUAN DAVID PALOMINO LUNA **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/09/5 **a las** 19:57 **Fecha de Egreso:** 2023/09/7 **a las** 08:47

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S901 CONTUSION DE DEDO(S) DEL PIE, SIN DA¥O DE LA(S)

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Diagnostico relacionado de Egreso

S901 CONTUSION DE DEDO(S) DEL PIE, SIN DA¥O DE LA(S)

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JUAN	DAVID

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
PALOMINO	LUNA

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1075308140

N·mero de Registro de MÚdico 1075308140

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	7726087	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+	TEL:	3123188554

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.05 — HORA DE INGRESO: 19:57
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.09.07 — HORA DE EGRESO: 08:47
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S828 - FRACTURA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
CONFIRMADO: S828 - FRACTURA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.05-20:24:04 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA HDY92B PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 20
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE BARAYA (NO COMENTADA), QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE HOY, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL,INMOVILIZACION CORTA EN MIEMBRO INFERIOR D Y DICLOFENACO POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 134/78 FC: 78 FR: 19 TEMP: 36 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE MAXILAR SUPERIO DERECHO CON LEVE EDEMA NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: MIEMBRO INFERIOR DERECHO : SE EVIDENCIA FERULA CORTA SUROPEDICA DE MALA CALIDAD CON DOLOR A LA PALPACION EN TERCIO DISTAL DE PIERNA CON LIMITACION EN LA FLEXION DEL TOBILLO POR MARCADO DOLOR +SE EVIDENCIA EDEMA BIMALEOLAR CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION EN LA ROTACION INTERNA ABDUCCION DEL TOBILLO +SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION EN **DORSO** CON LIMITACION EN LA FLEXOEXTENSION DE LOS DEDOS NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE CARA
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

** PLAN DE MANEJO:
VALORACION REAILIZADA CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD (BATA, GUANTES, CARETA Y TAPABOCAS)
PACIENTE CON CUADRO CLINICA ANOTADO, QUE OCASIONA TRAUMATISMOS, POR LO CUAL SE ORDENA, TRASLADAR A SALA DE CURACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMANTOS, CURACION DE HERIDAS (DESCRITAS AL EXAMENFISICO O ENCASO DE IDIENTIFACAR HERIDA NO DESCRITA FAVOR INFORMAR Y RALIZAR CURACION DE LO CONTRARIO SOLO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS) Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. REVALORAR CON RESULTADOS.

PLAN : OBSERVACION
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- LEV40 CC IV H
-TRAMADOL 50 MG IV C8 H
- CABECERA 30 °
- RELIZAR CURACION DE ABRASIONES
- CUIDADOS DE ENFERMERIA
- PREVENCION DE CAIDAS
- PREVENCION DE IAAS
- SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
- UTILIZAR TAPABOCAS PERMANENTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN RECOMENDACIONES DE LA OMS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

- DESPUES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS SEGUN PERTINENCIA E INTERPRETACION DE IMAGENES DIAGNOSTICAS TRASLADAR A SALA DE YESOS PARA INMOVILIZAR.
- REALIZAR CONCILIACION DE MEDICAMENTOS PARA CONTINUAR CON SU MEDICACION BAJO LA SUPERVICION DE ENFERMERIA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 2 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.09.05-22:20:00 MEDICO: / (AUXIL. KML - KARLA MELISA LOPEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 20:25 / 20:28 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: KARLA MELISA LOPEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN TOBILLO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

*** FECHA: 23.09.05-22:37:59 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 10:20 / 10:34 DURACION: 00:13

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JUAN DAVID PALOMINO LUNA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.09.05-22:43:27 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE CARA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO SE EVIDENCIA FRACTURA WEBER B

*** FECHA: 23.09.05-22:45:04 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TOBILLO DERECHO ,
AL EXAMEN FISICO: TOBILLO DERECHO EDEMA Y DOLOR EN MALEOLO LATERAL . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE MALEOLOLATERAL DERECHO CON LUXACION DE TOBILLO .
DX: FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO
PLAN: HOSPITALIZAR
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE TOBILLO DERECHO
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS TERCIO DE CAÑA BLOQUEADA 3.5
DIA 6-09-2023
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

*** FECHA: 23.09.06-01:08:11 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

41

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DX ANOTADOS; QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO AFEBRIL CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE ATIENDE ORDEN DE ESPECIALIDAD TRATANTE Y SE TRASLADA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION .

PLAN: SE HSPITALIZA PARA CIRUGIA SEGUIMNIENTO POR ORTOPEDIA
MANTENER INMOVILIZACION
ANALGESICOS

*** FECHA: 23.09.06-01:16:02 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
pacuiente con diagnostico de FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO. actualmente estable con modulacion del dolor quien se decide toma de estudios. prequirurgicos y se hospitaliza para manejo antiedema y analgesico pacinete programado para 06/09/23.
se explica proceder quien refiere ntender.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

s/ hemograma - tp - tpt

*** FECHA: 23.09.06-01:16:18 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-01:16:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.06-01:39:17 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE URGENCIAS

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA ORIENTADA GLW 15/15

40

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO OCACIONANDO TRAUMA EN PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO OCACIONANDO FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO , ACTUALMENTE ESTABLE CON MODULACION DEL DOLOR. PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA PROGRAMA PARA 06/09/23 POR LO QUE SE HOSPITALIZA PARA MANEJO ANTIEDEMA Y AGUARDAR PROCEDIMIENTO. SE EXPLICA CONDCUTAS Y SE CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA. ATENTOS A EVOLUCION.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 134/78 FC: 78 FR: 19 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO PINRAL MUCOSAS HUMEDAS CON LEVE DOLOR FACIAL. NO CEFALEA.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: MIEMBRO INFERIOR DERECHO : SE EVIDENCIA FERULA CORTA SUROPEDICA . FUNCIONAL
DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS. <<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO
2. HIPERTENSION ARTERIAL EN MANEJO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. HIPERTENSION ARTERIAL + DISLIPIDEMIAS EN TTO. LO APORTA PACIENTE.

SUBJETIVO: BUENA TOLERANCIA AL DOLOR
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 130/70 MMHG; FC: 70 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 98%; T: 36.4 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SALIDA DE SECRECION, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE EN CONTEXTO DE FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO , ACTUALMENTE ESTABLE CON MODULACION DEL DOLOR. PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA PROGRAMA PARA 06/09/23 POR LO QUE SE HOSPITALIZA PARA MANEJO ANTIEDEMA Y AGUARDAR PROCEDIMIENTO. SE EXPLICA CONDCUTAS Y SE CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA. ATENTOS A EVOLUCION.
MEDIDAS GENERALES:

1. DIETA NORMAL
2. CABECERA A 30 GRADOS
3. BARANDAS ARRIBA EN CAMA
4. VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
5. VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLÍNICA
6. REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
7. APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
8. CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
9. MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS
10. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENCION DE PROPAGACION DE COVID 19 (USO PERMANENTE DE MASCARILLA QUIRÚRGICA)
11. LAVADO DE MANOS CADA 4 HORAS EN PACIENTE QUE SE PUEDE LEVANTAR O LIMPIEZA CON ALCOHOL EN PACIENTES QUE NO SE PUEDEN DESPLAZAR
12. SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

** CONDUCTA:
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV 1H ANTES DEL PROCEDIMIENTO
AMIKACINA 1 GR IV 1H ANTES DEL PROCEDIMIENTO
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS

30

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

PENDIENTE PROCEDIMEINTO 06/09/23
PENDIENTE LABORATORIOS PREQX
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 2 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 50 MG , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VI CAD A8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1H ANTES DEL PROCEDIMIENTO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1H ANTES DEL PROCEDIMIENTO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.09.06-08:37:31 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEUCO: 5070 N%: 47 L%: 45 HB: 12.9 HCTO: 36.9 PQT: 164000
PT: 12.4 PTT: 30.8 INR: 0.82
PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES

*** FECHA: 23.09.06-10:05:33 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO
2. HIPERTENSION ARTERIAL EN MANEJO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. HIPERTENSION ARTERIAL + DISLIPIDEMIAS EN TTO. LO APORTA PACIENTE.
2. COLECISTECTOMIA

SUBJETIVO: REFIERE ESTAR CON MENOR DOLOR, TOLERA DIETA, NO OTRO SINTOMA.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 134/86 MMHG; FC: 72 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 95%; T: 36.1 °C
CABEZA: NORMOCEFALO

37

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SALIDA DE SECRECION, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE CON DIANOSTICOS ANOTADOS, PERMANECE CLINICAMENTE ESTABLE, PROGRAMADO PARA CIRUGIA HOY , SE CONTINUA MANEJO MEDICO

PLAN: NVO, TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA AL LLAMADO , PROFILAXIS ANTIMICROBIANA.

*** FECHA: 23.09.06-14:27:15 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION DE TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: EDEMA TOLERABLE Y DOLOR EN MALEOLO LATERAL . NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX TOBILLO DERECHO: FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CON LUXACION DE TOBILLO .

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUAXION DE TOBILLO DERECHO

*** FECHA: 23.09.06-14:28:20 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-14:28:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.06-14:30:05 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION DE TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: EDEMA TOLERABLE Y DOLOR EN MALEOLO LATERAL . NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION DE TOBILLO DERECHO

*** FECHA: 23.09.06-15:58:29 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+	TEL:	3123188554

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDA A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE LUXOFRACTURA DE TOBILLO DERECHO. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3.5 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 70 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 23.09.06-16:37:04 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 15:15 / 16:00 DURACION: 00:45

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS DE LUXO FRACTURA O FRACTURA CUELLO PIE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
CORRECCION QUIRURGICA PRIMARIA DE LESION EN LIGAMENTOS (ART87) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 16310
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIDEA TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION: POSTERO LATERAL TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS : FRACTURA MALEOLO LATERAL CON LUXACION DE TOBILLO DERECHO + LESION DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, LISTA DE CHEQUEO Y BAJO ANESTESIA GENERAL EN DECUBITO LATERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA POR VIA POSTERO LATERAL DE TOBILLO. SE PRACTICO EXPOCISION DEL FOCO DE FRACTURA DE MALEOLO LATERAL MAS REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION DEL TOBILLO + OSTEOSINTESIS DEL MALEOLO LATERAL CON UNA PLACA 1/3 DE CAÑA BLOQUEADA 5H DE 3.5 + 3 TORNILLOS CORTICALES + 1 TORNILLO DE BLOQUEO. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE). SE CONFIRMA LA BUENA REDUCCION CON EL INTENSIFICADOR DE IMAGEN. ENSEGUIDA SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA Y SE CIERRA POR PLANOS Y SE CUBRE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

CON GASA + ISODINE SOLUCION, SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO.
NO COMPLICACIONES.
SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS.

*** FECHA: 23.09.06-16:38:26 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

*** FECHA: 23.09.06-16:50:24 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX TOBILLO DERECHO CONTROL POP FRACTURA DE MALEOLOLATERAL REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

** ANALISIS PLAN:
PLAN
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
AMIKACINA 1 GR IV DIA
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalizaci¢n SERVICIO: OROTPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-16:50:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.06-17:48:16 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO

PROEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE TOBILLO DERECHO + OSTEOSINTESIS DE MALEOLO LATERAL + REPARO PRIMARIO DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR. 06/09/23

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. HIPERTENSION ARTERIAL + DISLIPIDEMIAS EN TTO. LO APORTA PACIENTE.

PACIENTE INGRESA A PISO EN POP INMEDIATO DESCRITO SIN COMPLICACIONES, DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE CARGAN ORDENES DE ORTOPEDIA POP Y SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA.

** CONDUCTA:
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS SEGÚN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.09.06-23:46:54 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, UTILIZACION ADECUADA DE LOS EPP .

32

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DIAFISIARIA EXPUESTA DE TIBIA IZQUIERDA
2. FRACTURA CERRADA DE PERONE PROXIMAL IZQUIERDO
3. TRAUMA TORACOABDOMINAL
4. TRAUMA TESTICULAR

PROCEDIMIENTOS:
1. REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION DEL TOBILLO + OSTEOSINTESIS DEL MALEOLO LATERAL + REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR (06/09/2023)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ES LLEVADO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ANOTADOS. ES TRASLADADO A PISO PARA CONTINAUR MANEJO, DE INGRESO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO Y ORDENADO POR ESPECIALIDAD TRATANTE.

***** FECHA: 23.09.07-00:42:32 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA ACLARATORIA:

SE CORRIGE DIAGNOSTICO DE LA PACIENTE. EL CORRECTO ES:

1. FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO

***** FECHA: 23.09.07-06:52:15 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO

PROCEDIMIENTOS:
1. REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION DEL TOBILLO + OSTEOSINTESIS DEL MALEOLO LATERAL + REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR (06/09/2023)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

1. NIEGA
S:/ REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A: 152/69 MM HG, FC: 87 X MIN, FR: 19 X MIN SaO2: 99%, T°: 36.0°C

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes,

TORAX: Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares;

ABDOMEN: Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos,

PELVIS: Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna

EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, VENDAJE ELASTICO TERCIO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

A:/ PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACION.

P:/ SEGUIR ÓRDENES MÉDICAS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 50 MG , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 G LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DIETA HIPOSODICA.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUIAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

*** FECHA: 23.09.07-08:45:51 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA LUXACION TOBILLO DERECHO
2. CONTUSIONES MULTIPLES.

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DE REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION DEL TOBILLO + OSTEOSINTESIS DEL MALEOLO LATERAL + REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR, (06/09/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. HTA EN TRATAMIENTO.

EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR PASA BUENA NOCHE DOLOR CONTROLADO.
SIGNOS VITALES: TA: 140/80. FR: 18. T: 36.9. FC: 75. SATO%: 98%. GLASGOW: 15/15.
EXAMEN FISIO NORMOCEFALA HIDRATADA CONJUNTIVAS ROSADAS SIN DIFICULTA RESPITATORIA TOBILLO DERECHO CON HERIDA QUIRURGICA BUEN ESTADO EDEMA BLANDO CUBIERTA CON VENDAJE DE JONES CON NEUROVASCULAR NORMAL.
ANALISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO CON SIGNOS ESTABLE EVOLUCION ADECUADA EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICOTERAPIA, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR.

POR BUENA EVOLUCION SE DECIDE:
SALIDA CON: MANEJO MEDICO, RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA Y CONTROL.

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

MANEJO AMBULATORIO:
1---CEFALEXINA TAB DE 500 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 8 DIAS TOTAL: 32.
2---ACETAMINOFEN TAB DE 500 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.: TOTAL 30.
3--- ACETAMINOFEN/CODEINA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DIAS. TOTAL 30 TAB.

** OTROS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

CONTROL EN 15 DIAS POR CONSULTA EXTERNA CON DOCTOR: GARCIA.
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: 9 RECOMENDACIONES.
1--- NO DESTAPAR HERIDA QUIRURGICA.
2---NO MOJAR INMOVILIZACCION CURACION. MANTEMNER EXTREMIDA EN LO ALTO. RECONSULTAR SI HUELE FEO FECTIDO ASOCIADO A LOS SINTOMAS INFLAMATORIOS.
3--REALIZAR MOVIMIENTOS INDICADOS POR ORTOPEDISTA, NO APOYAR USO DE M,ULETAS
4-- RECONSULTAR 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 MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO,
5---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
7--- NO RETIRAR PUNTOS SIN ORDEN MEDICA.
8 ---SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
9 ---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.

** TERAPIAS:

MULETAS AXILARES TOTAL: 2

** JUSTIFICACION **
LUXOFRACTURA TOBILLO DERECHO.
POP REDUCCION MAS OTS DE LUXOFRACTURA TOBILLO DERECHO.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.09.07-08:47:32 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.07-08:47:06 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59526

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA

DOC.IDENT:	CC 26476844	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 8C N 2-41		
FCHA.NACTO:	1956.08.19	EDAD:	67 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3123188554
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S828 - FRACTURA DE OTRAS PARTES 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

Dr. Heider Romero C.
Medico Cirujano
CC. 1047-45-4-473

DR@. HEIDER JOSE ROMERO CASARES
REG. MED: 1047454473

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16310

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166134 Fecha 06/09/23

Nombre Paciente: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA 26476844 Edad: 67 Sexo: F

Hora inicio 15:15 Hora fin: 16:00 Duraci¾n: 00:45 Tipo de Anestesia: RAQUIDEA

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion PAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S828-FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CON LUXACION DE TOBILLO . DERECHO	1. S828-FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CON LUXACION DE TOBILLO . DERECHO CON LESION DE LIGAMENTO PRONEOASTRAGALINO ANTERIOR .

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
13581	OSTEOSINTESIS DE LUXO FRACTURA O FRACTURA CUELLO PIE	FGR	1 - 1i Interv 100%
13723-1	CORRECCION QUIRURGICA PRIMARIA DE LESION EN LIGAMENTOS (ART87)	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION: POSTERO LATERAL TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS : FRACTURA MALEOLO LATERAL CON LUXACION DE TOBILLO DERECHO + LESION DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, LISTA DE CHEQUEO Y BAJO ANESTESIA GENERAL EN DECUBITO LATERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA POR VIA POSTERO LATERAL DE TOBILLO. SE PRACTICO EXPOCISION DEL FOCO DE FRACTURA DE MALEOLO LATERAL MAS REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION DEL TOBILLO + OSTEOSINTESIS DEL MALEOLO LATERAL CON UNA PLACA 1/3 DE CAÑA BLOQUEADA 5H DE 3.5 + 3 TORNILLOS CORTICALES + 1 TORNILLO DE BLOQUEO. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE). SE CONFIRMA LA BUENA REDUCCION CON EL INTENSIFICADOR DE IMAGEN. ENSEGUIDA SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA Y SE CIERRA POR PLANOS Y SE CUBRE CON GASA + ISODINE SOLUCION, SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO.
NO COMPLICACIONES.
SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX DE TOBILLO DERECHO.

Intensificador de Imagen
SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN TOBILLO DERECHO PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

26476844

ADMISION N_: 166134

NOMBRE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA **Num. Id-:** CC 26476844

FECHA NACIMIENTO: 1956.08.19 **EDAD:** 67 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 14:27:15 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 14:27

DIRECCION: CR 8C N 2-41 **CIUDAD:** BARAYA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123188554

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.09.06

<< REGISTRO: 14:27:15 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION DE TOBILLO DERECHO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<2023.09.05-20:24:04>>, (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL) H.U. 166075

* Patologicos: HIPERTENSION ARTERIAL + DISLIPIDEMIAS * Traumaticos: Niega * Medicamentos: HIDROCLOROTIAZIADA , LOSARTAN ATORVASTATINA ASA * Toxicos: Niega * Quirurgicos: COLESISTECTOMIA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2023.09.06-14:27:15>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 166134

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUAXION DE TOBILLO DERECHO EL DIA 06 DE AGOSTO DEL 2023

--><<2023.09.06-14:30:05>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.POSQX: 166134

REMITIDO DE BARAYA-HUILA

--><<2023.09.06-16:07:06>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 166134

PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: COLECISTECTOMIA

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: LOSARTAN

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

26476844

ADMISION N_: 166134

NOMBRE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA **Num. Id-:** CC 26476844

FECHA NACIMIENTO: 1956.08.19 **EDAD:** 67 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 14:27:15 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 14:27

DIRECCION: CR 8C N 2-41 **CIUDAD:** BARAYA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123188554

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:27:15 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

NUEVO

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/75 **FC:** 72 **FR:** 20 **Tmp:** 36.6 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: EDEMA TOLERABLE Y DOLOR EN MALEOLO LATERAL . NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S828 FRACTURA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA

ANALISIS/PLAN

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUAXION DE TOBILLO DERECHO

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX TOBILLO DERECHO: FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CON LUXACION DE TOBILLO .

<< REGISTRO: 14:28:20 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-14:28:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

20

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

26476844

ADMISION N_: 166134

NOMBRE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA **Num. Id-:** CC 26476844

FECHA NACIMIENTO: 1956.08.19 **EDAD:** 67 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 14:27:15 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 14:27

DIRECCION: CR 8C N 2-41 **CIUDAD:** BARAYA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123188554

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

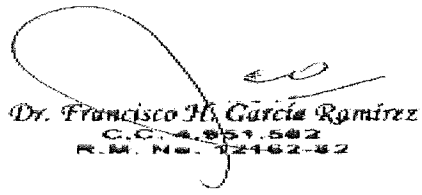
OBSERVACION (Inst)

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.09.06 **HORA DE EGRESO:** 14:28:10 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 166134 - 10000

NOMBRE:	RAMIREZ ALFARO MARIA DORA		C.C. -TI-RC-OTRO	26476844	
EDAD:	67 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1956.08.19	SEXO:	F
DIRECCION:	CR 8C N 2-41			TELEFONO:	3123188554
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2023.09.06

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.09.05-20:24:04>>, (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 166075
* Patologicos: HIPERTENSION ARTERIAL + DISLIPIDEMIAS * Traumaticos: Niega * Medicamentos: HIDROCLOROTIAZIADA , LOSARTAN ATORVASTATINA ASA * Toxicos: Niega * Quirurgicos: COLESISTECTOMIA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<2023.09.06-14:27:15>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 166134
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2023
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUAXION DE TOBILLO DERECHO EL DIA 06 DE AGOSTO DEL 2023

--->><<2023.09.06-14:30:05>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.POSQX: 166134
REMITIDO DE BARAYA-HUILA

--->><<2023.09.06-16:07:06>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 166134

PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: COLECISTECTOMIA

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: LOSARTAN

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 166134 - 10000

NOMBRE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA C.C. -TI-RC-OTRO 26476844
EDAD: 67 A FECHA DE NACIMIENTO: 1956.08.19 SEXO: F
DIRECCION: CR 8C N 2-41 TELEFONO: 3123188554
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

EXAMEN FISICO:
PA: 148/72 **FC:** 76 **FR:** 21 **PESO:** 68 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
FERULA DE YESO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR LUXOFRACTURA DE TOBILLO

OTROS:
SIN ALTERACION

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:
Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**
INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**
P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S827
FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

PLAN:
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURICO INTERMEDIO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA RAQUIDEA, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.09.06 **HORA:** 13:05:59

SERVICIO: ORTOPEDIA

FIRMA: RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Ramirez	Alzaro	Maria Dora	26476844

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
02/oct/2023	67 años	H ☐ M ☒	1.69		(1) 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
CX			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM				TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: [illegible]

OPERACION PROPUESTA [illegible]

HISTORIA Y ANTECEDENTES

ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-MAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA DIENTES CUELLO N

IOT SI NO N N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

RESUMEN Y PLAN

TIPO	
BLOQUEO	
PERIDURAL	
ESPINAL	
GENERAL	

ESTADO PSICOLOGO

NECESITA SANGRE NO C.C. PREMEDICACION

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION

REPARACION E A C

42 180 17 40 160 15 38 140 13 36 120 11 34 100 9 32 80 7 30 60 5 28 40 3 26 20 1

HORA

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION

HEMORRAGIA	Negativo
REFLEJOS	Positivo
MOTILIDAD	Positivo

OTRAS	
RECUPERACION	OK
CONCIENCIA	OK
DIURESIS	OK
SENSIBILIDAD	OK
PIEL	Roja - Hidratada

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Ingresa usuario a Sala de recuperacion bajo anestesia raquidea

sin complicacion

TOTALES			
1	2	3	
4	5	6	
7	8	9	
10	11	12	

HORA SALIDA Y MOTIVO

Mejoria

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO [illegible]

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION [illegible]

ANESTESIOLOGOS [illegible] CIRUJANOS [illegible]

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____
DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO L3 NIVEL L2 AGUJA ____

POSICION [illegible]

REPARACION
CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E
A
C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

I OT No ____ V
I NT No ____
E OT No ____ Λ
E NT No ____

PULSO
RESPIRACION
T.A. XX
INDUCCION Ø
INICIACION Y FINALIZACION
NEONATO MASC. FEM. a
PVC X X X
T° ____
TORNIQUETE
E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES: 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

TOTAL ____ C.C.
____ C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6 3.5gr	7 7-	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO [illegible]

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO [illegible]

OBSERVACIONES:
[illegible]

NO COMPLICACIONES

FIRMA Y CODIGO

QUIRUCORE SAS

NIT 901.695.273-4

CALLE 18A 6 37
(057) 3011356726
Neiva - Colombia
quirucoresas@gmail.com

Factura electrónica de venta

N°: FEQ 157

Cliente: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Nit: 800.110.181-9
Teléfono: (608) 8756349
Dirección: CALLE 18 6-65
Ciudad: Neiva - Colombia
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Fecha y hora Factura

Generación	09/09/2023, 18:53
Expedición	09/09/2023, 18:54
Vencimiento	24/10/2023
Vendedor	Claudia Aguilar
Centro de costo	0
Cotización	

Ítem	Código	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.
1	QC-P-1/3BL/6	PLACA 1/3 DE CAÑA BLOQUEADA 3.5 / 6 ORIFICIOS		1.00	683,000.00	683,000.00	683,000.00	0 %	0.00
2	QC-TC-3.5/18	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/18mm		2.00	88,800.00	177,600.00	177,600.00	0 %	0.00
3	QC-TC-3.5/16	TORNILLO CORTICAL DE 3.5/16mm		1.00	88,800.00	88,800.00	88,800.00	0 %	0.00
4	QC-TB-3.5/16	TORNILLO DE BLOQUEO 3.5/16mm		1.00	243,700.00	243,700.00	243,700.00	0 %	0.00

Total items: 4

Valor en Letras:
Un millón ciento noventa y tres mil cien pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-10-24 por $ 1,193,100.00

Total Bruto	1,193,100.00
Total a Pagar	1,193,100.00

Observaciones:
PACIENTE: RAMIREZ ALFARO MARIA DORA
ID PACIENTE: 26.476.844
EDAD: 67 AÑOS
CIRUJANO: DR GARCIA

FAVOR REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA BANCOLOMBIA CTA AHORROS
No 944-000057-12 A NUESTRO NOMBRE.

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,13-Sep-2023 14:33:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.09.0 13:00
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 67 Años **Fecha Egreso** :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
26476844 RAMIREZ ALFARO MARIA DORA 1 NIVEL I BARAYA CR 8C N 2-41 3123188554

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.06	ROP	PESADO	BUPIROP 0,5% PESADO AMP	LLR	1.00
2023.09.06	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2023.09.06	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	4.00
2023.09.06	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2023.09.06	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LLR	1.00
2023.09.06	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LLR	1.00
2023.09.06	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2023.09.06	BRA	SPINOCAN	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN	LLR	1.00
2023.09.06	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2023.09.06	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2023.09.06	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LLR	1.00
2023.09.06	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LLR	2.00
2023.09.06	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	20.00
2023.09.06	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2023.09.06	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2023.09.06	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	4.00
2023.09.06	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LLR	4.00
2023.09.06	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	4.00
2023.09.06	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LLR	4.00

18

PACIENTE: 26476844 RAMIREZ ALFARO MARIA DORA **EDAD:** 67

DIRECCION: CR 8C N 2-41 **TELEFONO:** 3123188554

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58662 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.05 **Nº POLIZA:** 810248700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	miércoles, 6 de septiembre de 2023					
04:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	DICLOFENACO 50 MG	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	VAC1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		DIA	VAC1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	VAC1	
20:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DAN1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	

TOTAL SUMINISTRADO: 37.00

FECHA DEL CONTROL :	jueves, 7 de septiembre de 2023				
00:00:00	DICLOFENACO 50 MG	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MFA
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MFA
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
04:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MFA
08:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI

PACIENTE: 26476844 RAMIREZ ALFARO MARIA DORA **EDAD:** 67

DIRECCION: CR 8C N 2-41 **TELEFONO:** 3123188554

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58662 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.05 **Nº POLIZA:** 810248700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
08:00:00	DICLOFENACO 50 MG	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		DIA	NRI	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 25.00

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-09-06 07:22
2023-09-06 08:30

Paciente

RAMIREZ ALFARO MARIA DORA
264/6844
Femenino
67 Años

Orden No. 202309060006

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	5.07	x 10^3/ul			06/09/2023 07:50
Recuento de Globulos Rojos	4.04	x 10^6/ul		3.50 - 5.50	06/09/2023 07:50
Hemoglobina	12.9	g/dl		11.0 - 15.0	06/09/2023 07:50
Hematocrito	36.9	%		36.0 - 48.0	06/09/2023 07:50
Volumen Corpuscular Medio	91.3	fL		80.0 - 99.0	06/09/2023 07:50
Hemoglobina Corpuscular Media	32.0	pg		26.0 - 32.0	06/09/2023 07:50
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.1	g/dl		32.0 - 36.0	06/09/2023 07:50
Recuento de Plaquetas	164	x 10^3/ul		150 - 450	06/09/2023 07:50
Neutrofilos %	47.5	%	*	50.0 - 70.0	06/09/2023 07:50
Linfocitos %	45.2	%	*	20.0 - 40.0	06/09/2023 07:50
Monocitos %	6.0	%		1.0 - 8.0	06/09/2023 07:50
Losinofilos %	1.10	%	*	3.00 - 7.00	06/09/2023 07:50
Basofilos %	0.20	%		0.00 - 1.00	06/09/2023 07:50
Neutrofilos #	2.41	x 10^3/ul		2.00 - 7.80	06/09/2023 07:50
Linfositos #	2.29	x 10^3/ul		0.60 - 4.10	06/09/2023 07:50
Monocitos #	0.31	x 10^3/ul		0.10 - 1.80	06/09/2023 07:50
Eosinofilos #	0.05	x 10^3/ul	*	0.30 - 0.70	06/09/2023 07:50
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul		0.00 - 0.10	06/09/2023 07:50
Volumen Plaquetario Medio	11.0	fL	*	7.4 - 10.4	06/09/2023 07:50
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	46.2	fL	*	39.0 - 46.0	06/09/2023 07:50
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.6	%		11.5 - 14.5	06/09/2023 07:50
PDW	15.6				06/09/2023 07:50
PCT	0.180	%			06/09/2023 07:50

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP	12.40	seg		11.30 - 18.30	06/09/2023 07:54
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	30.80	seg		22.00 - 38.00	06/09/2023 07:57
INR	0.82				06/09/2023 07:54

15

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 580218852f3194ecc2c753a8e9eb09670e5d3d8c0c673d3bb833ba8df37aa5599c0e1295c96c3e7977d79df901247776

Número de Factura: FE-9501
Fecha de Emisión: 18/09/2023
Fecha de Vencimiento: 18/10/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA / CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800110181
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CALLE 18 6 65
Teléfono / Móvil: 8756349
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	2023	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 11.046.420,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.046.420,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro. Tipo Código Descripción % Valor

Información Complementaria

Nro Nombre Campo Valor Campo

Anticipos

Nro Valor Fecha recibido

14

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2023 (PRIMERA QUINCENA DEL MES 1-15)

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-09-18 09:57:11
Documento generado el: 2023-09-18 09:57:10
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	11.046.120,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	**11.046.120,00**
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	**0,00**
Total neto factura (=)	**11.046.120,00**
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP	$ 11.046.120,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE ONCE MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,046,420.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (1RA QUINCENA) DEL 1 AL 10.

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
9010001	1075793437	17 Años	RODRIGUEZ VARGAS ANGIE TATIANA	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9010026	1081154383	34 Años	RODRIGUEZ GUTIERREZ OSNAIDER	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9010032	4913379	58 Años	MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
9010034	1109416310	32 Años	JOBEN FIGUEROA DIDIER FERNEY	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
9010035	1076514959	5 Años	ROJAS RUIZ THOMAS JAVIER	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
9010036	1141368747	6 Años	REYES POVEDA DULCE MARIA	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9010040	83225334	44 Años	MENSA LADINO JOSE BERNER	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9020046	1079509951	24 Años	ORTIZ SEMANATE ANDRES FELIPE	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9020048	1117529041	30 Años	CORONADO GOMEZ DANIEL	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9030001	1193144839	22 Años	POVEDA CABRERA CARLOS	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE ONCE MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,046,420.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (1RA QUINCENA) DEL 1 AL 10.

	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
9050049	1075305243	26 Años	PORTILLA ARTUNDUAGA MARYI	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9050050	1117492852	36 Años	SANCHEZ TRUJILLO ROBINSON	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9060001	1003802209	23 Años	PERDOMO GUEVARA LUIS FERNEY	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
9060002	1075221700	38 Años	CUMBE LOZADA JAVIER FRANCISCO	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
9060006	26476844	67 Años	RAMIREZ ALFARO MARIA DORA	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9060007	1075274693	29 Años	SANTOFIMIO RAMIREZ FRANCISCO	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
9060009	1077225121	18 Años	NIETO RODRIGUEZ JOSE ALEJANDRO	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9060023	1117517109	14 Años	NIETO OLAYA LEYNER STEBAN	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9060024	1079409953	35 Años	GUEVARA MEDINA YESID	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
9060025	12255554	58 Años	TRUJILLO PERDOMO AGUSTIN	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE ONCE MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,046,420.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (1RA QUINCENA) DEL 1 AL 10.

	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100009	1080295565	10 Años	ALDANA PIMENTEL JUAN SEBASTIAN	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9100011	4901789	87 Años	GARZON MEDINA MARCO TULIO	
	902221		RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	13,100
9100012	1075542524	31 Años	LASSO LAGUNA CRISTIAN FERNANDO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
9100013	7523217	56 Años	PRIETO MATA AMABLE ENRIQUE	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100014	1079606091	32 Años	TRUJILLO PERDOMO LEIDY YOHANA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100015	11768298	49 Años	COLINA ALVARADO YLIANY ALICIA	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
			SUBTOTAL	12,273,800
			MENOS EL 10%	1,227,380
			TOTAL	11,046,420

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.09.14
HORA:	09:07:27
PAGINA No:	1

Numero: 82515 Fecha Ex. 06/09/23 Hora 09:07
Nombre Paciente: 26476844 RAMIREZ ALFARO MARIA DORA
Dirección: CR 8C N 2-41 Telefono:3123188554 Edad:67 A Sexo:F
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del cuello del pie derecho observándose fracturas del extremo distal de la diáfisis del peroné, corregida, fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálicas (placa y tornillos).
Relación articular tibio astragalina normal.
Notorio edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulacion del cuello del pie.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180159
Trans. 2 No. 8-10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10010171
Historia Clínica No.
26476844

Fecha de remisión martes, 5 de septiembre de 2023 **Institución a la que se contrarremite** 410010056201
Razon Social HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
MARIA DORA RAMIREZ ALFARO	CC No. 26476844	19 - ago - 1956	COLOMBIA	HUILA	BARAYA	67 años	F

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
BARRIO TURBAY TURBAY	3123188554	HUILA	BARAYA	U

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad SEGUROS DE VIDA LA EQUIDAD **Regimén entidad** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable:
Dirección de residencia: **Teléfono:**
Departamento: **Ciudad:**

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	martes, 5 de septiembre de 2023	**Fecha de Egreso:**	martes, 5 de septiembre de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	17:01	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Urgente

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
ME CAI EN LA MOTO

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA EN SILLA DE RUEDAS AL SERVICIO DE URGENICAS ACOMPAÑADA POR LA HIJA JAIDI CARDOSO RAMIREZ ,PROCEDENTE DEL AREA URBANA ,BARRIO INMACULADA ,CARRERA 8C 2-41 ,SITIO EN DONDE LA PACIENTE CAE EN CONDICION DE PARRILLERA DE MOTOCICLETA MARCA HONDA NXR 125 DE PLACAS HDY92B DE PORPIEDAD DE JORGE SAAVEDRA CC7703461 CON SEGURO SOAT EQUIDAD NUMERO DE POLIZA 8103248700 VIGENTE HASTA EL 22/02/2024 ,CUANDO EL CONDUCTOR DE LA MOTO PIERDE EL EQUILIBRIO Y CAEN EN EL PAVIMENTO OCASIONANDOCE TRAUMATISMO EN EL TOBILLO DERECHO QUE LE IMPIDE APOYARLO Y DEAMBULAR ,HECHO OCURRIDO A LAS 14+30 HORAS DE HOY.

FAMILIARES
- Cancer PADRE MUERE DE CANCER DE PIEL EN PIE
- Anemia NEG
- Cardiopatias NEG
- Hipertension NEG
- Diabetes NEG
- Tuberculosis NEG

PATOLOGICOS
- HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA

DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINORREQUIRIENTE
GASTRITIS CRONICA
FARMACOLOGICOS
- HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG, TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA

LOSARTAN 50 MG, TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA
ASA 100 MG, TOMAR 1 TABELTA CADA 24 HORAS VIA ORAL A LAS 2 PM - NO SE LA TOMA PORQUE NO LO VE NECESARIO
ATORVASTATINA 20 MG, TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS ANTES DE LA CENA
OMEPRAZOL 20 MG, TOMAR 1 TABLETA EN AYUNAS VIA ORAL
METFORMINA 850 MG, TOMAR 1 TABELTA CADA 24 HORAS DESPUES DE ALMUERZO - NO SE LA TOMA PORQUE ELLA VIO SUS ULTIMOS EXAMENES NORMALES, MEDICINA INTERNA DECIDIO CONTINUAR FORMULACION
HOSPITALARIOS
- NIEGA

QUIRURGICOS
- COLECISTECTOMIA

TRAUMATICOS
- NIEGA

OBSTETRICOS
- Ultimo Previo > 4000 Gr NEG

- Cuantos Viven SIETE
- Ultima Menstruación HACE TRES AÑOS
- Fin Gestación Anterior HACE 17 AÑOS
- Nacidos Muertos > 1a Sem NEG
- Número de Gestas NUEVE
- Anovulatorios parenterales NEG
- Nacidos Muertos NEG
- Abortos expontaneo consecutivo NEG
- Número de Abortos DOS
- Número de Cesareas NEG
- Nacivos Vivos SIETE
- Gemelos NEG
- Numero de Partos Vaginales
- Norplan NEG
- Anovulatorios orales NEG

TOXICOS
- NIEGA

ALERGICOS
- NIEGA

ODONTOLOGICOS
- Diabetes Tipo I NO PRESENTA
- Ultima Visita HACE TRES AÑOS
- Supernumerarios NO SE EVIDENCIA
- Estado periodontal BUENO
- Placa Calcificada GENERALIZADA SUPRAGINGIVAL
  Frecuencia Cepillado SI, DOS VECES AL DIA MAÑANA Y NOCHE
- Concepto REGULAR
- Placa Blanda SUPRAGINGIVAL
- Usa Seda dental SI, UNA VEZ AL DIA
- Patologia Pulpar SI, DIENTE 26
- Aparatos en Boca PROTESIS PARCIAL SUPERIOR
- Abrasion GENERALIZADA
- Tratamiento Recibido LIMPIEZA DE DIENTES
- Previa FLUOR y SELLANTES NO APLICA POR LA EDAD
- Manchas NO

OTROS
- Cancer de seno NIEGA

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

Presión Arterial: 120 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 75 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 82 //Talla: 165 //I.M.C.: 30.119375573921 -

EXAMEN FÍSICO
*Estado General: aceptables condiciones generales ,algica *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, con buena perfusión Distal,edema de tobillo derecho que se extiende hasta el tercio distal de pierna doloroso a la palpacion y a la movilizacion del pie . *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

Plan o Conducta a Seguir
- Venda de yeso 6X5 Laboratorio: Casa Laboratorio Generico PARA INMOVILIZACION DE PIE DERECHO 1
- Venda Elastica 6 x 5 Laboratorio: Casa Laboratorio Generico PARA INMOVILIZACION DE PIE DERECHO 1
- Venda Algodon Laminado 6 x 5 Laboratorio: MEDICAL PARA INMOVILIZACION DE PIE DERECHO 1
- Diclofenaco 75mg/3ml Solucion Inyec Laboratorio: VITALIS 75 MGS IM 1
- Tapon Hepanimizado Laboratorio: GOTHAPLAST 1 1
- Cateter Intravenoso Nro 20 Laboratorio: BAXTER 1 1
- DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES (P.O.S) 1 1
- INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECIFICA (P.O.S) 1 1
- Otras ordenes medicas SE SOLICITA LA VALORACION POR ORTOPEDIA 1

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Dx. Ingreso (S900) CONTUSIÓN DEL TOBILLO
- Dx. Relacionado1: (V298)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN OTROS ACCIDENTES DE TRANSPORTE ESPECIFICADOS
- Dx. Salida ó Principal:(S929)FRACTURA DEL PIE, NO ESPECIFICADA

Analisis Dx PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA EN SILLA DE RUEDAS AL SERVICIO DE URGENICAS ACOMPAÑADA POR

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180159
Trans. 2 No. 8-10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10010171
Historia Clínica No.
26476844

HIJA JAIDÍ CARDOSO RAMIREZ ,PROCEDENTE DEL AREA URBANA ,BARRIO INMACULADA ,CARRERA 8C 2-41 ,SITIO EN DONDE LA PACIENTE CAE EN CONDICION DE PARRILLERA DE MOTOCICLETA MARCA HONDA NXR 125 DE PLACAS HDY92B DE PORPIEDAD DE JORGE SAAVEDRA CC7703461 CON SEGURO SOAT EQUIDAD NUMERO DE POLIZA 8103248700 VIGENTE HASTA EL 22/02/2024 ,CUANDO EL CONDUCTOR DE LA MOTO PIERDE EL EQUILIBRIO Y CAEN EN EL PAVIMENTO OCASIONANDOCE TRAUMATISMO EN EL TOBILLO DERECHO QUE LE IMPIDE APOYARLO Y DEAMBULAR ,HECHO OCURRIDO A LAS 14+30 HORAS DE HOY.
EXAMEN FISICO
ESTADO GENERAL: BUENAS CONDICIONES GENERALES, CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS,PRESENCIA DE CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS , CUELLO SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS, NEUROLÓGICO: ALERTA, CONSCIENTE ORIENTADA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, NO ASIMETRÍA FACIAL, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO , FOCALIZACIÓN., OCULAR: FONDO DE OJO NORMAL , OTORRINOLARINGOLÓGICO: NORMAL, TORAX: SIMÉTRICO CON ADECUADA EXPANSIÓN DE AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN PRESENCIA DE TIRAJES SUB COSTALES, CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN AGREGADOS, DORSO - LUMBAR: NORMAL, ABDOMINAL: BLANDO ,DEPREISIBLE ,NO DOLOROSO,NO MASAS ,NO MEGALIAS ,NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL , EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON BUENA PERFUSIÓN DISTAL,EDEMA DE TOBILLO DERECHO QUE SE EXTIENDE HASTA EL TERCIO DISTAL DE PIERNA DOLOROSO A LA PALPACION Y A LA MOVILIZACION DEL PIE ., PIEL Y FANERAS: NORMAL, GENITOURINARIO: NO EXPLORADO, TACTO RECTAL: SE OMITE, MAMAS: NO EXPLORADO, LOCOMOTOR: NORMAL, GANGLIONAR: NORMAL, SIGNOS VITALES: NORMAL, PSICOLOGICO: NORMAL

IDX : 1.TRAUMATISMO EN MALEOLO EXTERNO DE PIE DERECHO
2.FRACTURA DE TOBILLO DERECHO ?
3.ACCIDENTE DE TRANSITO

PLAN : 1.INMOVILIZACION DE PIE DERECHO CON FERULA DE YESO 2.APLICACION DE AINES 3.SE SOLICITA LA VALORACION POR ORTOPEDIA.

ıóstico por el cual se remite: S929 FRACTURA DEL PIE, NO ESPECIFICADA

ERIO Y JUSTIFICACION

_ICITA LA VALORACION ESPECILIZADA POR ORTOPEDIA

:ados Exames

RAFAEL ENRIQUE AARON MARTI
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 2713



Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 13/09/2023

Ficha: 41078008503500000074

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA DORA

Apellidos: RAMIREZ ALFARO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 26476844

Municipio: Baraya

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/11/2018

Última actualización ciudadano: 08/11/2022

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: PIEDAD CHARRY HERNANDEZ

Dirección: Carrera 5 No. 2C-36

Teléfono: 8788716

Correo Electrónico: piedadcharry@hotmail.com

5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 83.222.459

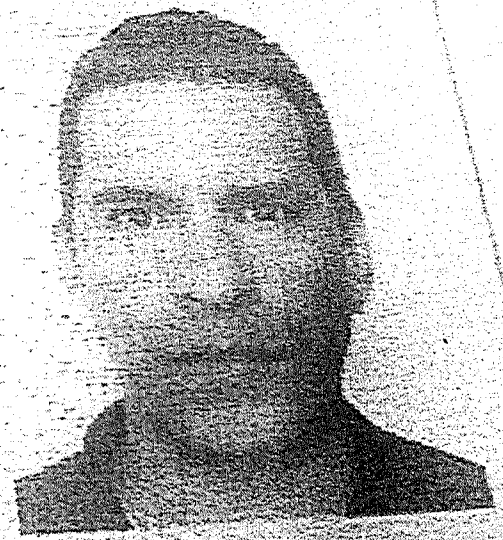
CARDOSO RAMIREZ

APELLIDOS

YEISON MAURICIO

NOMBRES

FIRMA



[redacted]



FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1983

BARAYA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

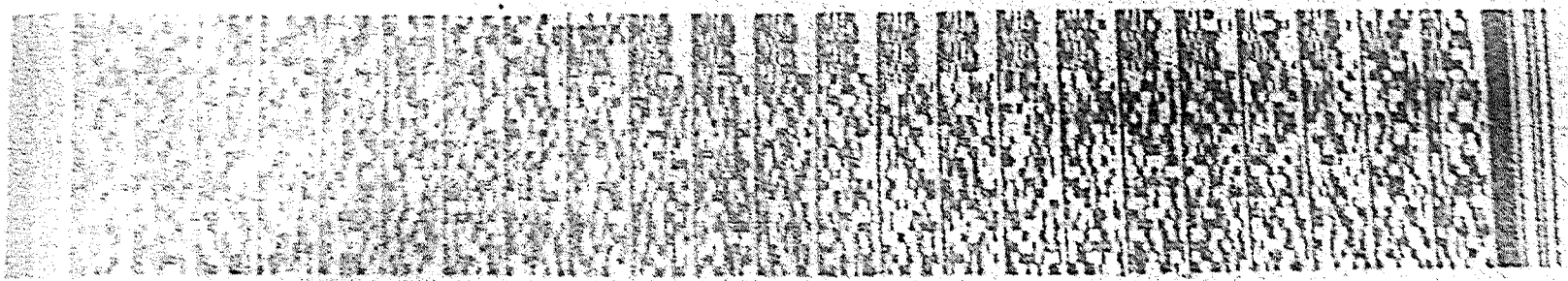
1.80 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-FEB-2002 BARAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



0078635724G 1 8503914063

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10002610150

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
HDY92B	HONDA	NXR 125	2008

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	AZUL BURITI	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JC30E95624317	N	******

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	JC30E95624317	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
SAAVEDRA VIVAS JORGE RODRIGO	C.C. 7703461

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	DE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
******		******	0

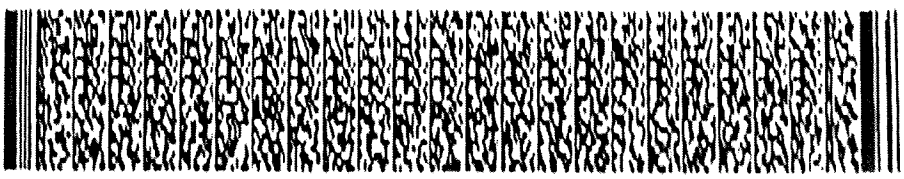
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO	FECHA VENCIMIENTO
16/08/2007	19/10/2011	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL GIRARDOT





2

RUNT

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	HDY92B		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10002610150	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	NXR 125
MODELO:	2008	COLOR:	AZUL BURITI
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	JC30E95624317
NÚMERO DE CHASIS:	JC30E95624317	NÚMERO DE VIN:	
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	16/08/2007
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOyTTE MCPAL GIRARDOT	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:	0

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8103248700	22/02/2023	23/02/2023	22/02/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
14809300037500	10/02/2022	11/02/2022	10/02/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
12750500001020	05/07/2019	06/07/2019	05/07/2020	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
3027452700	04/04/2018	05/04/2018	04/04/2019	112	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
19382194	03/03/2017	04/03/2017	03/03/2018	120	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:42:35 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. FEC151830

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
86a8f40e1d0b8bc7f0b3d96fe274f797f551f6b1d139f98428b5b81e8ac039dc08a3e1a728a3a62e4a083471f1bf1ffa

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
7726087

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-10-14 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
1946436c2fb922a3fb04f78d2af62b875da62d2b129991b64a2a370a6aa902cf06ef6b91981814a19501693947f16067

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-19 09:13:56.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151830

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
86a8f40e1d0b8bc7f0b3d96fe274f797f551f6b1d139f98428b5b8 1e8ac039dc08a3e1a728a3a62e4a083471f1bf1ffa

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
2de9c1476fbfb6a6ad9fade79fcb6710dc050440dd66581ec8b97 8f5b77f1dc9fefaee7af012b8e1063bd160586a2fd0

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-21 11:06:52.000 UTC-5

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 1

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.13	14:45:58	2023.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51746

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 165557,166394,166470
CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.08.27 - 02:11
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.11 - 15:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003804508 HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO
EDAD : 22 Años
DIRECCION: CALLE 24A # 35A -27 SUR NEIVA
TELEFONO: 3227047798
OBSERVACIONES:

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	1i Interv 100%										
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	27-Ago-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	RPP	1	584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	335,500	335,500
39121	GRUPO 10	27-Ago-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	159,000	159,000
39212	GRUPO 10	27-Ago-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	27-Ago-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	27-Ago-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	27-Ago-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	27-Ago-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	27-Ago-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	27-Ago-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	27-Ago-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	163,500	163,500
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	27-Ago-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	27-Ago-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39207	GRUPO 05	27-Ago-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	27-Ago-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
39302	GRUPOS 04 05 06	27-Ago-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
	2i=Via,#R,=Ciruj										
15211	SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	27-Ago-2023	39006	7	08	50.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39106	7	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	27-Ago-2023	39119	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
39210	GRUPO 08	27-Ago-2023	39210	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Ago-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 6-0	2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS	5	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M	6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0	2	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
0.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA D
ina vigencia de: 12 Meses
000 AUTORIZA
61819993462a
20202025

Cufe: ec8dd9d0271cae873dc60f5321fa22b83c46b3415738b5

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D
IJILLO NIT. 95.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P
A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
24 de Octubre del 2023

35

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.13	14:45:58	2023.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51746

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 165557,166394,166470
CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.08.27 - 02:11
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.11 - 15:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003804508 HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO
EDAD : 22 Años
DIRECCION: CALLE 24A # 35A -27 SUR NEIVA
TELEFONO: 3227047798

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	27-Ago-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	RPP	1	584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	335,500	335,500
39121	GRUPO 10	27-Ago-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	159,000	159,000
39212	GRUPO 10	27-Ago-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	27-Ago-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	27-Ago-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	27-Ago-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	27-Ago-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	27-Ago-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	27-Ago-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	27-Ago-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	163,500	163,500
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	27-Ago-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	27-Ago-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39207	GRUPO 05	27-Ago-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	27-Ago-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
39302	GRUPOS 04 05 06	27-Ago-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
	2i=Via,#R,=Ciruj										
15211	SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	27-Ago-2023	39006	7	08	50.00%	1-CIRUJANO	RPP	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	27-Ago-2023	39106	7	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	27-Ago-2023	39119	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
39210	GRUPO 08	27-Ago-2023	39210	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	27-Ago-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 6-0								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: ccbdd9d037 1cac873dc60f5321fa22b83c46b3415738b5b968d39cc431c19fedae91d97b370a2fa04ab761819993462a

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

35

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 2016

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.13	14:45:58	2023.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51746

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	2,500	2,500
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
	MEDICAMENTOS										
19[illegible]57	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	0	0
20072084	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
199[illegible]2754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								1	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
218170 0	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML								30	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								15	0	0
20089724	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								30	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								30	0	0
	OTROS										
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.08.27	890202		RPP				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.08.27	890202		JHT				1	55,100	55,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.09.11	890302		HAP				1	64,500	64,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.09.11	890302		FGR				1	64,500	64,500

VALOR BRUTO:	6,046,400	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	6,046,400

SON: SEIS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.13 02:48:30 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: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: [illegible]02f1cae873dc60f5321fa22b83c46b3415738b5b968d39cc431e19fedae91d97b370a2fa04ab761819993462a

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:	51746
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 5,570,900
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 475,500
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

No.Radicado RG

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 51746

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
HERNANDEZ	CALDERON

1er.Nombre	2do.Nombre
CARLOS	ALFONSO

Tipo de Documento: CC [X] CE PA TI RC AS MS PT — No. Documento: 1003804508

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 2001/04/8 Sexo: F [ ] M [X]

Direcci¾n: CALLE 24A # 35A -27 SUR

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3227047798

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: Conductor [X] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista [ ]

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 2 CON CALLE 38 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/08/27 Hora: 01:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U [X] R [ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA KGX38G QUIEN PIERDE EL CONTROL EN UNA CURVA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: TVS Placa: KGX38G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8091185800 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/10/28 Hasta: 2023/10/27

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
PIMENTEL	GARCIA

1er.Nombre	2do.Nombre
ABELARDO	

Documento de identidad: CC [X] CE PA NIT TI RC — No. Documento 96361508

Direccion: CALLE 24A # 35A 27 SUR

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3227047798 Total Folios: 0

37

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
HERNANDEZ	CALDERON

1er.Nombre	2do.Nombre
CARLOS	ALFONSO

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS **No. Documento** 1003804508

Direcci¾n: CALLE 24A # 35A 27 SUR

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3227047798

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesionai que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia BÃsica** [ ] **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: 2023/08/27 **a las** 02:11

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE

Diagnostico relacionado de Ingreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

Fecha de Egreso: 2023/09/11 **a las** 15:30

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE

Diagnostico relacionado de Egreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
BAZAN	

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de MÚdico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	6046400	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos. suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci·n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA TEL: 3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+		

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.08.27 — HORA DE INGRESO: 02:11
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.08.27 — HORA DE EGRESO: 11:32
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO1: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
RELACIONADO2: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.27-02:36:11 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA KGX38G QUIEN PIERDE EL CONTROL EN UNA CURVA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 02+11 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS AMNESIA PARCIAL DEL EVENTO, NO HAY CLARIDAD SOBRE PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA. POCO COLABORADOR.

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: 130/70 FC: 100 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 154 PESO: 63 IMC: 27 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: OBNUVILADO
GLASGOW: 5 - 4 - 3 / 12

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, DOLOR A LA PALPACION , HERIDA DE 10X5 CM EXPOSICION TABLA OSEA SANGRADO MODERADO, IRREGULAR SUCIA PARIETOFRONTAL DERECHA conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad MULTIPLES LACERACIONES Y EDEMATIZACION , SE OBSERVA PACIENTE CON LIMITACION DE LA APERTURA, SE EVIDENCIA PERDIDA Y FRACTURA DE MULTIPLES DIENTES, MOVILIDAD DENTAL.. Cara HERIDA DE 5 CM EN REGION MALAR DERECHA 2 CM LABIO SUPERIOR IRREGULARES SUCIAS CON PERIDAD DE TEJIDO SANGRADO MODERADO DOLOR PALPACION MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR. ABRASIONES MULTIPLES CON TATUAJE EN CARA COMISURA LABIAL, MENTON
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, CON COLLAR CERVICAL.
<<TORAX>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

Tórax no signos de dificulta para respirar, ABREASIONES CON TATUAJE DOLOR A LA PALPACION, 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. DOLOR A LA PALPACION 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. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN HOMBRO DERECHO, AMBAS MUÑECAS Y MANOS, RODILLA, PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
CONFUSO, POCO COLABORADOR TENDENCIA A LA SOMNOLENCIA.
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS CON TIERRA EN: MANOS, RODILLA Y TOBILLO IZQUIERDO.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA
RADIOGRAFIA DE PELVIS

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - GLICEMIA, 6 - TROPONINA. 7 - TGO/TGP, 8 - BILIRRUBINA TOTAL DIRECTA E INDIRECTA, 9 - AMILASA.

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES TRAUMAS SE INICIA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS , POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, TCE , 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. 59301

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 1000 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 60 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

- MONITORIZACION CONTINUA
- OBSERVACION
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- NADA VÍA ORAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. Y CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES LAVADO DE HERIDA Y CUBRIR.
- SS LABORATORIOS.
- MANTENER COLLAR CERVICAL
-MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA, CIRUGIA GENERAL, NEUROCIRUGIA.
- SE CARGA ORDEN DE VALORACION AMBULATORIA POR ODONTOLOGIA.
- VIGILANCIA NEUROLOGICA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.08.27-03:06:37 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE: CON MUCHO MOVIMIENTO, SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES.

TAC DE CARA: CON MUCHO MOVIMIENTO SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC MAXILAR INFERIOR: CON MUCHO MOVIMIENTO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV DOSIS UNICA AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

PENDIENTE RESTO DE IMAGENES Y ESTUDIOS. .

***** FECHA: 23.08.27-03:13:53 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 23.08.27-03:52:57 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PARACLINICOS DE: 27/08/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 10.51 %NEUTROFILOS: 38.2 % LINFOCITOS: 54.9 HEMOGLOBINA: 15.2 %HEMATOCRITO: 44.1 MCV: 90.0 MCH: 31.0 PLAQUETAS: 252.000 GLICEMIA: 114.0 TIEMPOS: TP: 13.0 TPT: 38.0 INR: 1.14 CREATININA : 0.9 BUN: 10.0 TROPONINA: 1.0 BILIRRUBINA TOTAL: 0.30 DIRECTA: 0.10 INDIRECTA: 0.2 TGO: 50 TGP: 30 AMILASA: 81

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEVE LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. NORMOGLICEMICO, BUENA FUNCION RENAL Y HEPATICA . TIEMPOS Y AMILASA NORMALES. TROPONINA POSITIVA A ESPERA DE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA ADICIONAL

***** FECHA: 23.08.27-04:04:52 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: 02:39 / 02:45 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA DE +-10X5CM CON EXPOSICION TABLA OSEA CON SANGRADO MODERADO, HERIDA EN LABIO SUPERIOR, HERIDA EN DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA, ABRASION MANO DERECHA + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITOS IMPREGNADOS DE ISODINE SOLUCION Y VENDAJE ELASTICO, ABRASIONES CUBIERTAS CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 23.08.27-06:44:22 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 UN EPISODIO EMETICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 120/70 FR: 18 T: 36.5, P: 91 SATO2: 95% GLASGOW 14/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DADO COMPROMISO NEUROLOGICO AL INGRESO SE SOLICITA TAC CEREBRAL DE CONTROL CON EL FIN DE DESCARTAR LESION ADICIONAL, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, ESTABLE POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PLAN:
PENDIENTE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS Y VALORACIONES ADICIONALES.
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 23.08.27-07:01:18 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

SEGUIMIENTO AMBULATORIA CON: ODONTOLOGIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

*** FECHA: 23.08.27-08:33:05 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SOLICITAN VALORACION POR PRESENTAR ACCITDENTE DE TRANSITO AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA HERDIA FRONTAL IRREGULAR DE 14 CM, QUE SE EXTIENDE DEL NASION HASTA LA IMPLATACION DEL CUERO CABELLUDO, Y ADENTRANDO SE EN EL MISMO MAS O MENOS 10 CM GENERANDO ESCALPE DE CUERO CABELLUDO CON EXPOSICION OSEA; ABRASIONES EN CARA FRONTAL IGUALMENTE HERIDA DEL LABIO SUPERIOR DE MAS O MENOS 2 CM ESCORIACIONES CON TATUAJE A NIVEL DE LA PALMA DE LA MANO IZQUIERDA.
PLAN: CIRUGIA BAJO ANESTESIA.

*** FECHA: 23.08.27-09:03:14 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA FRACTURAS DEL PRIMER METACARPIANO IZQUIERDA.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PELVIS NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

*** FECHA: 23.08.27-09:04:51 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIURUGIA PLASTICA MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.
TIENE PENDIENTE VALORACION POR NEURO, CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA. TIENE PENDIENTE TOMA DE TAC TORACOABDOMINAL Y CEREBRAL CONTROL.

28

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.08.27-09:04:52 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.27-09:04:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.08.27-09:59:50 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE CON TRAUM POR ACCIDENTE DE TRANSITO .

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NORMAL.

** SIGNOS VITALES:
TA: 119/78 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA HERDIA FRONTAL IRREGULAR DE 14 CM, QUE SE EXTIENDE DEL NASION HASTA LA IMPLATACION DEL CUERO CABELLUDO, Y ADENTRANDO SE EN EL MISMO MAS O MENOS 10 CM GENERANDO ESCALPE DE CUERO CABELLUDO CON EXPOSICION OSEA; ABRASIONES EN CARA FRONTAL IGUALMENTE HERIDA DEL LABIO SUPERIOR DE MAS O MENOS 2 CM ESCORIACIONES CON TATUAJE A NIVEL DE LA PALMA DE LA MANO IZQUIERDA.

** ANALISIS PLAN:
SE PASA A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 23.08.27-10:00:04 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CX PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.27-09:59:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.08.27-10:00:42 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*

27

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE CON TRAUM POR ACCIDENTE DE TRANSITO .

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NORMAL.

** SIGNOS VITALES:
TA: 119/78 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA HERDIA FRONTAL IRREGULAR DE 14 CM, QUE SE EXTIENDE DEL NASION HASTA LA IMPLATACION DEL CUERO CABELLUDO, Y ADENTRANDO SE EN EL MISMO MAS O MENOS 10 CM GENERANDO ESCALPE DE CUERO CABELLUDO CON EXPOSICION OSEA; ABRASIONES EN CARA FRONTAL IGUALMENTE HERIDA DEL LABIO SUPERIOR DE MAS O MENOS 2 CM ESCORIACIONES CON TATUAJE A NIVEL DE LA PALMA DE LA MANO IZQUIERDA.

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE CON CUADRO DESCRITO EN EL MOMENTO SE PASA A SALAS DE CIRUGIA

***** FECHA: 23.08.27-11:31:04 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RAMIRO PERDOMO POLANCO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): DIANA SOTO

HORA INICIAL/FINAL: 10:00 / 10:30 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE) VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO

No. DESCRIPCION: 16237
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

HALLZGOS: HERIDA EXTENSA EN REGION FRONTAL VERTICAL EXTENSA DE 14 CMTS QUE SE EXTIENDE A CUERO CABELLUDO GENERANDO ESCALPE +- 10CM + HERIDA EN REGION MALAR DERECHA DE 5CM + HERIDA DE LABIO SUPERIOR +-2CM + ESCORIACIONES CONTAMINADAS CON TATUJE EN REGION FRONTAL, LABIO SUPERIOR, MENTON, TOBILLO IZQUIERDO, RODILLA, TORAX Y PALMA DE MANO DERECHA.

DESCRIPCION:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA FRONTAL EXTENSA POR PLANOS MENCIONADAS CON PUNTOS SEPARADOS.
- POR VIA 2, SE REALIZA SUTURA DE LA HERIDA TIPO ESCALPE EN CUERO CABELLUDO POR PLANOS MENCIONADAS CON PUNTOS SEPARADOS.
- POR VIA 3, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN REGION DE MALAR DERECHA POR PLANOS MENCIONADAS CON PUNTOS SEPARADOS.
- POR VIA 4, SE REALIZA SUTURA DE LA HERIDA EN LABIO SUPERIOR EXTENSA POR PLANOS MENCIONADAS CON PUNTOS SEPARADOS.
- POR VIA 5, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- POR VIA 6, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

***** FECHA: 23.08.27-11:32:23 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
SALIDA
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION POSTOPERATORIA POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA, CITA DE CONTOL POR LA CONSULTA EXTERNA, RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** ANALISIS PLAN:
** MEDICAMENTOS:

CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR RAMIRO PERDOMO, SOLICITAR CON ANTELACION.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON ISODINE SOLUCION O MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, ETC). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59301

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

RETIRO DE PUNTOS EN 12 DIAS

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG, TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20
CEFRADINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 28, TOMAR POR 7 DIAS Y SUSPENDER

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.08.27-11:33:12 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Urgencia SERVICIO: NEUROCIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.27-11:32:48 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA		
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Ramiro E. Perdomo
M.D. Cirujano Plástico
R.M. 1403889 U. Nacional
C.C. 12118357

DR@. RAMIRO PERDOMO POLANCO
REG. MED: 1403889

24

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.08.27	HORA DE INGRESO: 12:32
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA	FECHA DE EGRESO: 2023.09.11	HORA DE EGRESO: 15:30
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO1: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
RELACIONADO2: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.27-14:10:48 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

"' PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCURRE EL DIA DE HOY CON POSTERIOR TRAUMA CRAENO ENCEFALICO LEVE Y MULTIPLES HERIDAS, EN EL MOMENTO REINGRESA A LA UNIDAD POSTERIOR A MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA, PARA DARLE CONTINUIDAD A SU MANEJO INTEGRAL, EN EL MOMENTO NIEGA FIEBRE, REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 130/75 FC: 85 FR: 19 TEMP: 36.5 PESO: 70 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA TROPONINA CONTROL

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCURRE EL DIA DE HOY CON POSTERIOR TRAUMA CRAENO ENCEFALICO LEVE Y MULTIPLES HERIDAS, EN EL MOMENTO REINGRESA A LA UNIDAD POSTERIOR A MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA, PARA DARLE CONTINUIDAD A SU MANEJO INTEGRAL, EN EL MOMENTO NIEGA FIEBRE, REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR. TIENE PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA, CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA. SE DA CONTINUIDAD A MANEJO CLINICO INSTAURADO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 60 CC HORA IV

23

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.08.27-16:46:52 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MANO IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: MANO IZQ HERIDA SUTURADA DE PULGAR EDEMA Y DOLOR EN BASE DE 1 METACARPIANO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA NO DESPLAZADA DE 1 METACARPIANO DERECHO
DX: FRACTURA NO DESPLAZADA DE 1 METACARPIANO DERECHO
PLAN: INMOVILIZAR CON FERULA DE YESO
SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

*** FECHA: 23.08.27-18:30:13 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTO SUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 127/79 MMHG, FC: 80 X MIN, FR: 20 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:
TAC DE TORAX : SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES
TAC DE ABDOMEN SIMPLE

PARACLINICOS DE: 27/08/2023

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 10.51 %NEUTROFILOS: 38.2 % LINFOCITOS: 54.9 HEMOGLOBINA: 15.2 %HEMATOCRITO: 44.1 MCV: 90.0 MCH: 31.0 PLAQUETAS: 252.000 GLICEMIA: 114.0 TIEMPOS: TP: 13.0 TPT: 38.0 INR: 1.14 CREATININA : 0.9 BUN: 10.0 TROPONINA: 1.0 BILIRRUBINA TOTAL: 0.30 DIRECTA: 0.10 INDIRECTA: 0.2 TGO: 50 TGP: 30 AMILASA: 81

TROPONINA CONTROL 0.04 NG/ML

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEVE LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. NORMOGLICEMICO, BUENA FUNCION RENAL Y HEPATICA . TIEMPOS Y AMILASA NORMALES. CUERVA DE TROPONINA NEGATIVA

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX Y ABDOMEN SUPERFICIAL

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX Y ABDOMEN, SE DECIDE DAR EGRESO DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA;
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

*** FECHA: 23.08.27-18:30:53 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR HOLMAN
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

*** FECHA: 23.08.27-20:29:39 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TROPONINA CONTROL 0.04 (VR: 0-0.12-0.03) LIMITE SUPERIOR NORMAL , EN DESCENSO COMPARADO CON PREVIO

*** FECHA: 23.08.27-20:31:48 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 20:20 / 20:30 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 23.08.27-20:32:31 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NOTA ACLARATORIA: FRACTURA DE METACARPO CORRESPONDE A MANO IZQUIERDA.

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** ORDENES MEDICAS:

CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA EN 15 DIAS * DR GARCIA *
SOLICITARLA CON ANTICIPACION AL 6088756349, 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 M

***** FECHA: 23.08.27-21:32:25 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 19 HORAS, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) , ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO DE 1ER NIVEL QUE REMIITE A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, , HERIDA DE CRANEO SUTIRADA, EDEMA FACIAL ESCORIACIONES EN CARA Y EXTREMIDADES
GLASGOW 15
TAC CEREBRAL: NORMAL
IDX: TRAUMA DE CRANEO
CONMOCION CEREBRAL
ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ALTERACION RADIOLOGICA, NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO
PLAN: OBSERVACION POR 24 HORAS
ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.08.28-06:23:44 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE MASCULINO DE 22 AÑOS DE EDAD, CON DX ANOTADOS:

QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO ESTAR MEJOR, CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL
AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, HIDRATADO, CON SIGNOS VITALES: TA: 110/70 MMHG FC: 70 LPM FR: 17 RPM T:36.5°C
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS, VENDAJE EN CABEZA SIN SECRECION NI SANGRADO, MULTIPLES ABRASIONES CURADAS, CON EDEMA Y EQUIMOSIS PERIORBITARIO DERECHO.
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : FERULA DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

ANALISIS: PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, QUIEN YA COMPLETO VIGILANCIA NEUROLOGICA SIN DETERIORO CLINICO, SE INDICA ALTA HOSPITALARIA, SE EXPLI CA A PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

WASSERTROL COLIRIO OFTALMICO, APLICAR DOS GOTAS CADA 8 HORAS POR UNA SEMANA EN OJO DERECHO
ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS. SOLO EN CRISIS DE DOLOR. TOTAL 10 TABLETAS

** OTROS:

CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA, DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS. TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE. DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO). PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN. DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO PROGRESIVO (INESTABILIDAD, MAREO...). VISIÓN DOBLE O BORROSA. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD. CONVULSIONES. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ.
NO MOJAR NI RETIRAR EL YESO, APLICAR HIELO LOCAL, REALICE CURACIONES CON ISODINE SOLUCION POR 5 DIAS, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON, ALMEDRAS O DE GIRASOL). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS,

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ. GUARDAR REPOSO, NO TRASNOCHAR, NO ASOLEARSE, RECLAMAR LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES, DE NOTAR ALGUNA ANOMALIA CONSULTAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 40, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS, LUEGO SOLO EN CASO DE DOLOR. TOMAR CON EL ESTOMAGO LLENO, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.08.28-06:24:07 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.28-06:23:49 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 23.09.11-08:46:41 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL POR PRIMERA VEX POR FRACTURA NO DESPLAZADA DE 1° METACARPIANO IZQUIERDA+ INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO ELD IA 27 DE AGOSTO DEL 2023 CON FRACTURA NO DESPLAZADA DE 1° METACARPIANO IZQUIERDA + INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO+ SUTURA DE HERIDAS EN CUERO CABELLUDO. CARA Y MANO IZQUIERDA EL MISMO DIAS (POR CIRUGIA PLASTICA)

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA:INMOVILIZACION EN BUEN ESTADO, BEUNA MOVILIDAD DE DEDOS
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
MANTIENE INMOVILIZACION EN MANO IZQUIERDA
NO MOJAR
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

PRACTICAR EN 15 DIAS
RX DE MANO IZQUIERDA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
MANTIENE INMOVILIZACION EN MANO IZQUIERDA
NO MOJAR
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

***** FECHA: 23.09.11-09:05:53 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
MANTIENE INMOVILIZACION EN MANO IZQUIERDA
NO MOJAR
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.11-09:05:53 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.09.26 FIN: 2023.10.25

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.11-15:17:24 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONTROL POP (14 DIAS).

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO POR LO QUE REQUIRIO TRATAMIENTO QUIRURGICO. REFIERE SENSACION DE PICADAS EN HEMICRANEO DERECHO. SE ESTA APLICANDO BLOQUEADOR SOLAR Y VASELINA EN LAS CICATRICES.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 76 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR,E STABLE HEMODINAMICAMENTE.

CABEZA/CARA: CICATRICES EN CUERO CABELLUDO HEMICRANEO DERECHO AUMENTADAS DE VOLUMEN, CON TENDENCIA AL QUELOIDE LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION. A NIVEL DE CARA MULTIPLES CICATRICES DE ASPECTO HIPERTROFICO HIPERCROMICAS.
LEVE DOLOR A NIVEL DE LABIO SUPERIOR (LADO DERECHO).
EXTREMIDADES: YESO EN PUÑO Y ANTEBRAZO IZQUIERDOS.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE CON EVOLUCION ESTABLE. SE INDICA CREMA + MASAJES + CONTRL EN 3 MESES.

*** FECHA: 23.09.11-15:30:22 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
** MEDICAMENTOS:

PROCICAR / NEOCICAR / CRONOCICAR CREMA .....1 TUBO
APLICAR 2 VECES AL DIA POR 3 MESES Y MASAJEAR.

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL EN 3 MESES POR CONSULTA EXTERNA.

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

16

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59309

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO

DOC.IDENT:	CC 1003804508	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR		
FCHA.NACTO:	2001.04.08	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3227047798
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.11-15:30:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S622 - FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO		
RELACIONADO 1: S019 - HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA		
RELACIONADO 2: S610 - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)		

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@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16237

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -165557 Fecha 27/08/23

Nombre Paciente: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO 1003804508 Edad: 22 Sexo: M

Hora inicio 10:00 Hora fin: 10:30 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: RPP- RAMIRO PERDOMO POLANCO Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion DIANA SOTO

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-ABRASIONES	2. T141-ABRASIONES
4. S019-HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	4. S019-HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15211	SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10	RPP	1 - 1i Interv 100%
15212	AVULSION CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	RPP	1 - 1i Interv 100%
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	RPP	1 - 1i Interv 100%
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	RPP	1 - 1i Interv 100%
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	RPP	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	RPP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLZGOS: HERIDA EXTENSA EN REGION FRONTAL VERTICAL EXTENSA DE 14 CMTS QUE SE EXTIENDE A CUERO CABELLUDO GENERANDO ESCALPE +- 10CM + HERIDA EN REGION MALAR DERECHA DE 5CM + HERIDA DE LABIO SUPERIOR +-2CM + ESCORIACIONES CONTAMINADAS CON TATUJE EN REGION FRONTAL, LABIO SUPERIOR, MENTON, TOBILLO IZQUIERDO, RODILLA, TORAX Y PALMA DE MANO DERECHA.

DESCRIPCION:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA FRONTAL EXTENSA POR PLANOS MENCIONADAS CON PUNTOS SEPARADOS.
- POR VIA 2, SE REALIZA SUTURA DE LA HERIDA TIPO ESCALPE EN CUERO CABELLUDO POR PLANOS MENCIONADAS CON PUNTOS SEPARADOS.
- POR VIA 3, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN REGION DE MALAR DERECHA POR PLANOS MENCIONADAS CON PUNTOS SEPARADOS.
- POR VIA 4, SE REALIZA SUTURA DE LA HERIDA EN LABIO SUPERIOR EXTENSA POR PLANOS MENCIONADAS CON PUNTOS SEPARADOS.
- POR VIA 5, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- POR VIA 6, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16237

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -165557 Fecha 27/08/23

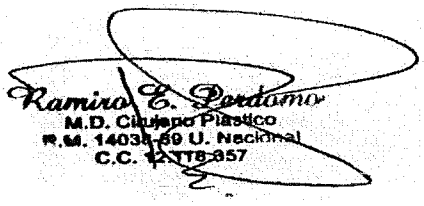
Nombre Paciente: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO 1003804508 Edad: 22 Sexo: M

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen



CIRUJANO

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1003804508

ADMISION N_: 165557

NOMBRE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO **Num. Id-:** CC 1003804508

FECHA NACIMIENTO: 2001.04.08 **EDAD:** 22 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.08.27 **HORA DE INGRESO:** 09:59:50 **Fecha/Hora de registro:** 2023.08.27 09:59

DIRECCION: CALLE 24A # 35A -27 SUR **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3227047798

OCUPACION: 582 MIEMBROS DE LAS FUERZAS MILITARES **RESPONSABLE:** ANA MERCEDES CALDERON

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.08.27

<< REGISTRO: 09:59:50 >> (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE CON TRAUM POR ACCIDENTE DE TRANSITO .

REVISION POR SISTEMA

NORMAL.

ANTECEDENTES

--><<2023.08.27-02:36:11>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 165550
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: VARICOCELECTOMIA* Alergicios: DICLOFENACO * FUR: N/A

--><<2023.08.27-09:48:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 165557

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: ALERGIA A DICLOFENAC

OTROS: NEGATIVOS

--><<2023.09.11-15:17:24>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.ME: 166470
NO REFIERE

12

**** EXAMEN FISICO ****

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1003804508

ADMISION N_: 165557

NOMBRE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO **Num. Id-:** CC 1003804508

FECHA NACIMIENTO: 2001.04.08 **EDAD:** 22 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.08.27 **HORA DE INGRESO:** 09:59:50 **Fecha/Hora de registro:** 2023.08.27 09:59

DIRECCION: CALLE 24A # 35A -27 SUR **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3227047798

OCUPACION: 582 MIEMBROS DE LAS FUERZAS MILITARES **RESPONSABLE:** ANA MERCEDES CALDERON

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES **TA:** 119/78 **FC:** 84 **FR:** 20 **Tmp:** 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA HERDIA FRONTAL IRREGULAR DE 14 CM, QUE SE EXTIENDE DEL NASION HASTA LA IMPLATACION DEL CUERO CABELLUDO, Y ADENTRANDO SE EN EL MISMO MAS O MENOS 10 CM GENERANDO ESCALPE DE CUERO CABELLUDO CON EXPOSICION OSEA; ABRASIONES EN CARA FRONTAL IGUALMENTE HERIDA DEL LABIO SUPERIOR DE MAS O MENOS 2 CM ESCORIACIONES CON TATUAJE A NIVEL DE LA PALMA DE LA MANO IZQUIERDA.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
S019 HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

ANALISIS/PLAN

SE PASA A SALAS DE CIRUGIA

<< REGISTRO: 10:00:04 >> (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CX PLASTICA

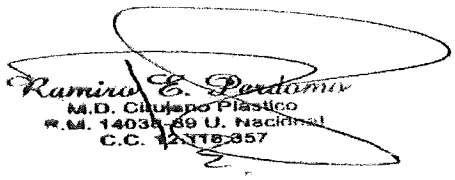
FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.27-09:59:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CX PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2023.08.27 **HORA DE EGRESO:** 09:59:52 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. RAMIRO PERDOMO POLANCO

Registro Medico: 1403889

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 165557 - 10000

NOMBRE:	HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO	C.C. -TI-RC-OTRO	1003804508		
EDAD:	22 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2001.04.08	SEXO:	M
DIRECCION:	CALLE 24A # 35A -27 SUR			TELEFONO:	3227047798
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	ANA MERCEDES CALDERON			TELEFONO:	3134416539

FECHA: **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:**

2023.08.27 SUTURA DE AVULSION EN CUERO CABELLUDO, REGION FRONTAL- NARIZ- LABIOS- PARPADOS MAS DERMOABRASION CA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.08.27-02:36:11>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 165550

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: VARICOCELECTOMIA* Alergicios: DICLOFENACO * FUR: N/A

--->><<2023.08.27-09:48:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 165557

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: ALERGIA A DICLOFENAC

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2023.09.11-15:17:24>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA) H.ME: 166470

NO REFIERE

EXAMEN FISICO:

PA: 133/65 **FC:** 98 **FR:** 23 **PESO:** 60 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:

GRAN HERIDA EN CUERO CABELLUDO CON AVULSION DE TEJIDOS, QUE COMPROMETE LA REGION FRONTAL, PARIETAL DREECHAS Y SE EXTEIENDE A CARA, DE BORDES MACERADOS. MUTIPLES HERIDA Y ABRASIONES EN REGION FRONTYAL, DORSO NASAL, REGION MALAR, MEJILLA DERECHA LABIO SUPERIOR DERECHO, CON TATUAJE POR FRICCION Y CON IMPACTYACION DE CUERPOS EXTRAÑOS

ORL: Mallampaty:

APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:

DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:

CAMPOS PULMOONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:

SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:

HERIDAS Y ABRASIONES EN DORSO DE MANO Y DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA Y EN PALMA DE LA MANO DERECHA

OTROS:

SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 165557 - 10000

NOMBRE: HERNANDEZ CALDERON CARLOS ALFONSO C.C. -TI-RC-OTRO 1003804508

EDAD: 22 A FECHA DE NACIMIENTO: 2001.04.08 SEXO: M

DIRECCION: CALLE 24A # 35A -27 SUR TELEFONO: 3227047798

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ANA MERCEDES CALDERON TELEFONO: 3134416539

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T018

HERIDAS QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE REGIONES DEL CUERPO

PLAN:

ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO

MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

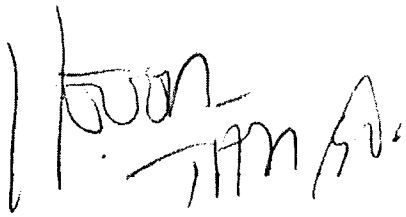
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.08.27 **HORA:** 08:10:48

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Hernandez	Caldron	Carlos Alfonso	1003807508

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
27 8 13	22 A	H ☒ M ☐	173	50	(1) 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM				TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Hernia en cuchm d hgd - Otro cuello

OPERACION PROPUESTA Cuello

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

No — Diclofenaco — No

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA ∩ DIENTES ∩ CUELLO ∩
IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO Hb Bajo

	TIPO	RESUMEN Y PLAN	ESTADO PSICOLOGO
	BLOQUEO		
	PERIDURAL		
	ESPINAL		
✓	GENERAL		
PREPARA ACEPTA RECHAZA	NECESITA SANGRE	PREMEDICACION	FIRMA

NECESITA SANGRE: NO C.C.

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Cx

REPARACION E A C

42 180 | 40 160 | 38 140 | 36 120 | 34 100 | 32 80 | 30 60 | 28 40 | 26 20

HORA 10:40

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA Negativa
REFLEJOS Positivo
MOTILIDAD Positivo

RECUPERACION Ok
CONCIENCIA Ok
DIURESIS Ok
SENSIBILIDAD Ok
PIEL Mucosa hidratada

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Ingresa usuario a sala de recuperacion bajo anestesia general sin complicaciones

TOTALES			
1	2	3	
4	5	6	
7	8	9	
10	11	12	

HORA SALIDA Y MOTIVO Alegre

FIRMA

7

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

REPARACION

CCSC ____

CSA ____

CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No ____
I NT No ____

E OT No ____
E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC. FEM. ♂ a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1
2
3
4
5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

TOTAL ____ C.C. ____ C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

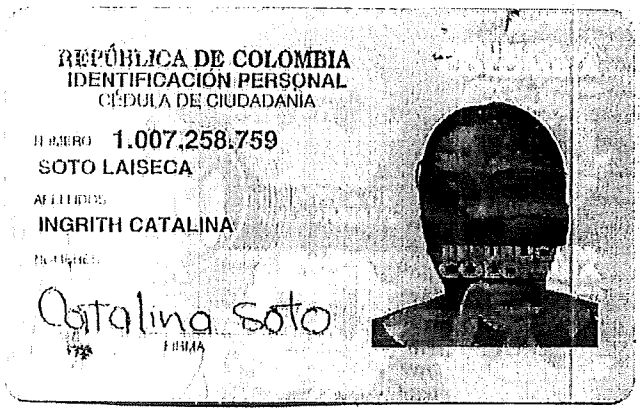
NEIVA,12-Sep-2023 11:18:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.08.2 02:11
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 22 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1003804508	HERNANDEZ CALDERON CARLOS	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 24A # 35A -27	3227047798

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.08.27	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2023.08.27	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	30.00
2023.08.27	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML	MVT	15.00
2023.08.27	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /50ML	MVT	15.00
2023.08.27	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	4.00
2023.08.27	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	30.00
2023.08.27	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	MVT	1.00
2023.08.27	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	15.00
2023.08.27	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	MVT	2.00
2023.08.27	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	MVT	2.00
2023.08.27	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	5.00
2023.08.27	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.08.27	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	MVT	2.00
2023.08.27	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	MVT	2.00
2023.08.27	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 6-0	MVT	2.00
2023.08.27	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.08.27	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.08.27	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	MVT	1.00
2023.08.27	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	MVT	1.00
2023.08.27	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	MVT	1.00
2023.08.27	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2023.08.27	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	5.00
2023.08.27	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	2.00
2023.08.27	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.08.27	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.08.27	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	MVT	2.00
2023.08.27	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00
2023.08.27	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	MVT	2.00

6



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.258.759
SOTO LAISECA

APELLIDOS
INGRITH CATALINA

NOMBRES
Catalina Soto

FIRMA



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.003.804.508

Apellidos
HERNANDEZ CALDERON

Nombres
CARLOS ALFONSO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
08 ABR 2001

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
30 ABR 2019, NEIVA

Firma

Fecha de expiración
18 ABR 2033

5



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-2000
TELLO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
17-JUL-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-1900100-01329845-F-1007258759-20221121 0090813453A 1 8505408931

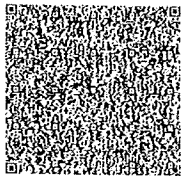
.CO

021924534





REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL021924534819001<<<<<<<<<<
0104089M3304189COL1003804508<2
HERNANDEZ<CALDERON<<CARLOS<ALF

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027576517

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KGX38G	TVS	APACHE RTR 200 4V	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
197	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
0R1AN24A9965	N	9FLT22007PDE10754

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9FLT22007PDE10754	N	9FLT22007PDE10754	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
PIMENTEL GARCIA ABELARDO	C.C. 96361508

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
20

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
482022000303716

I/E
I

FECHA IMPORT.
18/05/2022

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - RED YA S.A.S

FECHA MATRÍCULA
28/10/2022

FECHA EXP. LIC. TTO.
28/10/2022

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA





LT0700207240B

RUNT

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	KGX38G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027576517	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	TVS	LÍNEA:	APACHE RTR 200 4V XCONNECT
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9FLT22007PDE10754	NÚMERO DE MOTOR:	0R1AN24A9965
NÚMERO DE CHASIS:	9FLT22007PDE10754	NÚMERO DE VIN:	9FLT22007PDE10754
CILINDRAJE:	197	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	28/10/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8091185800	27/10/2022	28/10/2022	27/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:43:10 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. FEC151746

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
ec8dd9d0271cae873dc60f5321fa22b83c46b3415738b5b968d39cc431e19fedae91d97b370a2fa04ab761819993462a

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
6046400

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-10-13 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
1da2edf0b2149f2f447f17a2413a3370940b7a29260d08d24a169bd17089d72476f8b8e5d8185661e54496590af75848

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-13 02:48:30.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:43:10 AM
Página: 2

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151746

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
ec8dd9d0271cae873dc60f5321fa22b83c46b3415738b5b968d39cc431e19fedae91d97b370a2fa04ab761819993462a

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
a7bd5830bd44c10dfbd58824b68828b33c3b8f69a5c3db7000c9502a76231b41ae24ec9c328ccda82a55ce64fb80d94c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-21 05:13:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 1

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

768

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.10.03	08:32:55	2023.11.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52712

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 167117

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.09.21 - 22:13	2023.09.21 - 23:45

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1007465557 CARDOZO MORA JUAN ANDRES
EDAD : 23 Años
DIRECCION: CRA 22 N 8-20 NEIVA TELEFONO: 3203898430

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	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											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								32	2,238	71,616
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.21	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.21	873206	JAB					1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.21	873121	JAB					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.21	873121	JAB					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.21	873121	JAB					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.21	873121	JAB					1	81,400	81,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.09.21	873411	JAB					1	69,100	69,100
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.21	890701	JAB					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.21	S22101	PGJ					1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	711,208	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	711,208

SON: SETECIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.03 08:35:41 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRON CA L
Cufe: c2908861ed9152e05cc270b6575591028de74cf97e97f
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F

CODIGO DEL COMERCIO
ina vigencia de: 12 Meses
000 AUTORIZA
19bed
JJILLO Nit. 93.355.451 - 0
A CO S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
30 de Octubre del 2023
20204988

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.10.03	08:32:55	2023.11.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52712

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 167117
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.09.21 - 22:13 2023.09.21 - 23:45

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1007465557 CARDOZO MORA JUAN ANDRES EDAD : 23 Años
DIRECCION: CRA 22 N 8-20 NEIVA TELEFONO: 3203898430
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	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										
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19976256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC EGAR.								10	0	0
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								32	2,238	71,616
	IMAGENES DX										
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.21	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.21	873206	JAB					1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.21	873121	JAB					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.21	873121	JAB					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.21	873121	JAB					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.21	873121	JAB					1	81,400	81,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.09.21	873411	JAB					1	69,100	69,100
	OTROS										
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.21	890701	JAB					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.21	S22101	PGJ					1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	711,208	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	711,208

SON: SETECIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.03 08:35:41 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: c2908861ed9152e05ac270b657559102de74cf97e97fbbc0cf82b7df30387122431defdccd0045d6dd9bedc9690dd7

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:	52712
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 661,716
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 49,492
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 771

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 52712

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CARDOZO	MORA

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	ANDRES

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1007465557

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 2000/02/8 Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: CRA 22 N 8-20

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3203898430

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 12 CON CALLE 22

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/21 Hora: 21:55

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA FAU41C QUIEN ES COLISIONADO POR UN VEHICULO TIPO TAXI Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: SUZUKI Placa: FAU41C

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8087202500 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/09/24 Hasta: 2023/09/23

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
NO REGISTRA	

1er.Nombre	2do.Nombre
NO REGISTRA	

Documento de identidad: CC CE PA NIT TI RC

No. Documento NO REGISTRA

Direccion: NO REGISTRA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: NO REGISTR Total Folios: 0

29

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 772

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CARDOZO	MORA

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	ANDRES

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] No. Documento 1007465557

Direcci¾n: CRA 22 N 8-20

Departamento: HUILA Cod. 41 TelÚfono: 3203898430

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi¾n [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: C¾digo de inscripci¾n:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: C¾digo de inscripci¾n:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde : Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Bßsica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/09/21 a las 22:13

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA

Diagnostico relacionado de Ingreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 2023/09/21 a las 23:45

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA

Diagnostico relacionado de Egreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
BAZAN	

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] No. Documento 1061724214

N·mero de Registro de MÚdico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	711208	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

19

CLÍNICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59867

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARDOZO MORA JUAN ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1007465557	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 22 N 8-20		
FCHA.NACTO:	2000.02.08	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3203898430
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.21 — HORA DE INGRESO: 22:13
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.09.21 — HORA DE EGRESO: 23:45
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S300 - CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S701 - CONTUSION DEL MUSLO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.21-22:39:45 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 CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA FAU41C QUIEN ES COLISIONADO POR UN VEHICULO TIPO TAXI Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE SALUD LASER. VALORADO A LAS: 22+13 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN ANTEBRAZO, MANO PIERNA DERECHA, MUSLO IZQUIERDO, RODILLAS Y PELVIS 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: 128/75 FC: 85 FR: 19 TEMP: 36.5 TALLA: 175 PESO: 80 IMC: 26 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, 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 dificulta 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>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59867

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARDOZO MORA JUAN ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1007465557	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 22 N 8-20		
FCHA.NACTO:	2000.02.08	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3203898430
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable DOLOR A LA PALAPAACION EQUIMOSIS LADO IZQUIERDO no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN ANTEBRAZO, MANO PIERNA DERECHA, MUSLO IZQUIERDA Y RODILLAS Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS CON TIERRA EN: ANTEBRAZO, MANO RODILLA, PIERNA Y TOBILLO DERECHO, CADERA IZQUIERDA
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VITALES ESTABLES CON MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE INDICA ANALGÉSICO, CURACIÓN DE ABRASIONES Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRÁ NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR AHORA, DOSIS ÚNICA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

- DEJAR EN OBSERVACIÓN.
- DIETA NORMAL.
- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- CURACIONES EN ABRASIONES.
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- REVALORAR.
- PREVENIR CAÍDAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59867

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARDOZO MORA JUAN ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1007465557	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 22 N 8-20		
FCHA.NACTO:	2000.02.08	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3203898430
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARÁMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.09.21-23:16:04 MEDICO: / (AUXIL. PGJ - JOOSMAN PAQUE GONZALEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:41 / 22:42 DURACION: 00:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASIONES ENANTEBRAZO Y CODO DERECHO + ABRASIONES EN PALMA DE MANO DERECHA +SE OBSERVA ABRASIONES SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, SIN SIGNOS DE DEHICENCIA, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

*** FECHA: 23.09.21-23:32:35 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: 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.

*** FECHA: 23.09.21-23:45:30 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59867

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARDOZO MORA JUAN ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1007465557	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 22 N 8-20		
FCHA.NACTO:	2000.02.08	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3203898430
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

** EVOLUCION:
PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO. AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 125/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 5 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 7.
1) 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
CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 32, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8 DÍAS., DURACION TRATAM: 8, VIA: ORAL

MANEJO COMPLEMENTARIO:
1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.
2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.09.21-23:46:05 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

14

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 59867

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDOZO MORA JUAN ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1007465557	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 22 N 8-20		
FCHA.NACTO:	2000.02.08	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3203898430
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B+				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.21-23:45:40 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 1:	S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		
RELACIONADO 2:	S701 - CONTUSION DEL MUSLO		

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
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167117

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167117 Fecha 2023/09/21

Nombre Paciente: CARDOZO MORA JUAN ANDRES - 1007465557 Edad: 23 Sexo: M

Quien Realiza: PGJ- JOOSMAN PAQUE GONZALEZ Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S701-CONTUSION DEL MUSLO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S701-CONTUSION DEL MUSLO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
01.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	PGJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASIONES ENANTEBRAZO Y CODO DERECHO + ABRASIONES EN PALMA DE MANO DERECHA +SE OBSERVA ABRASIONES SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, SIN SIGNOS DE DEHICENCIA, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

Joosman Paque G
QUIEN REALIZA

Andres Cardozo
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Sep-2023 16:55:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS

860028415 CARDOZO MORA JUAN ANDRES EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	EDAD	ANEXO2:	Fecha Ingreso: 2023.09.2 22:13
001 0 SOAT	OTRO REGIMEN	23 Años		Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1007465557 CARDOZO MORA JUAN ANDRES	1 NIVEL I	NEIVA	CRA 22 N 8-20	3203898430

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.21	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	PGJ	1.00
2023.09.21	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	PGJ	1.00
2023.09.21	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	PGJ	6.00
2023.09.21	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	PGJ	10.00
2023.09.21	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	PGJ	10.00
2023.09.21	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	PGJ	10.00

PACIENTE: 1007465557 CARDOZO MORA JUAN ANDRES **EDAD:** 23

DIRECCION: CRA 22 N 8-20 **TELEFONO:** 3203898430

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58984 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.21 **Nº POLIZA:** 8087202500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 21 de septiembre de 2023						
22:40:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	MLD	
22:40:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MLD	
22:40:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: CARDOZO MORA JUAN ANDRES No. Identif. 1007465557 Edad. 23

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha. 2023.09.21

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB	Cant.: 20.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	Cant.: 32.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8

MANEJO COMPLEMENTARIO:

1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.

2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL..

Juan Andres Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

x Andres Cardozo

MEDICO | FARMACIA | PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -194823

FECHA EMISION:	2023.09.21
HORA:	23:51:25
PAGINA No:	1

USUARIO: CARDOZO MORA JUAN ANDRES — **FECHA DE PEDIDO:** 2023/09/21

DOC.IDENT: CC 1007465557 CAMA: - ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS MEDICO: Dr. JHOAN ALBEIRO BAZAN

BOD	REFERENCIA		DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO	TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	LAB CEFRAX	TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	32.00
			TOTAL CANTIDAD:	52.00

Andres Cardozo

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.10.02
HORA: 17:31:11
PAGINA No: 1

Numero: 83041 Fecha Ex. 21/09/23 Hora 17:30
Nombre Paciente: 1007465557 CARDOZO MORA JUAN ANDRES
Dirección: CRA 22 N 8-20 Telefono:3203898430 Edad:23 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

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.
No hay evidencia de focos de fracturas de cúbito ni de radio en las proyecciones presentadas.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del fémur izquierdo observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de las estructuras del fémur aparentes en la única proyección presentada.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de fracturas de tibia ni de peroné en las proyecciones presentadas.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE 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 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.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.10.02
HORA:	17:31:11
PAGINA No:	2

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 21-09-2023

Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Juan andres cordero Mora identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1006455551, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA** LTDA y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Andres Cordero

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

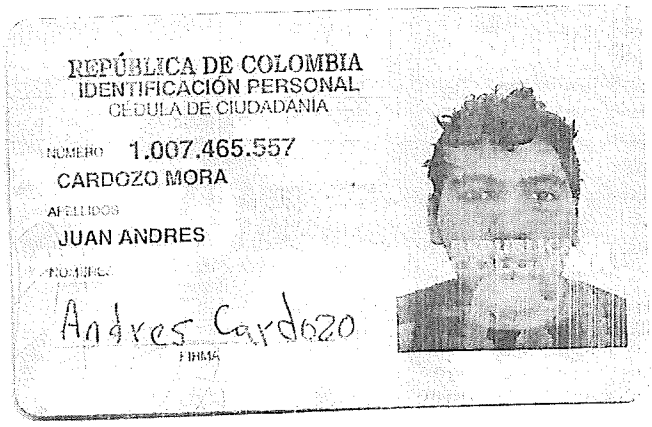
HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10000633525
PLACA FAU41C
MARCA SUZUKI
LINEA GN 125
MODELO 2010
CILINDRADA 124
COLOR NEGRO
SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA
TIPO CARROCERIA TURISMO
COMBUSTIBLE GASOLINA
CAPACIDAD 1
NUMERO DE MOTOR [illegible]
PRENDA N
NUMERO DE SERIE [illegible]
REG N
NUMERO DE CHASIS 9FBNF41BXAC200467
PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES MORA VARGAS VICTOR ALFONSO
NO. [illegible]



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.007.465.557
CARDOZO MORA
APELLIDOS
JUAN ANDRES
NOMBRES
Andres Cardozo
FIRMA


RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE
******
POTENCIA HP
0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
162010000002373
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
DE
I
FECHA IMPORT.
10/05/2010
PUERTA
0
FECHA MATRÍCULA
27/07/2010
FECHA EXP. LIC. TTO
27/07/2010
FECHA VENCIMIENTO
******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
PALERMO-HUILA (MPAL)
LT01000827288


FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-2000
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
30-ABR-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
0079615740A 1
8504784828

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7733415
NOMBRES	VICTOR ALFONSO
APELLIDOS	MORA VARGAS
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.	CONTRIBUTIVO	01/02/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/28/2023 16:59:30	**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.

2

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	FAU41C		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10000633525	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	SUZUKI	LÍNEA:	GN 125
MODELO:	2010	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI-3*A1T70771*
NÚMERO DE CHASIS:	9FSNF41BXAC200267	NÚMERO DE VIN:	
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	27/07/2010
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	0

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
1308004330162000	22/09/2023	24/09/2023	23/09/2024	120	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	VIGENTE
8087202500	16/09/2022	24/09/2022	23/09/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
8065419300	20/08/2021	24/09/2021	23/09/2022	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
8055776000	23/09/2020	24/09/2020	23/09/2021	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
76916964	23/09/2019	24/09/2019	23/09/2020	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 11:43:46 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. FEC152712

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-03 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
c2908861ed9152e05cc270b6575591028de74cf97e97fbbc0cf82b7df303871272431defdccd0045d6dd9bedc9690dd7

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
711208

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-02 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
e93c5e79cbe782b79ad0f66944e2f84c7e18451ca7b04e73d0216e636e3758e59ed28336f84c9608bb78e51e5eae437d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-03 08:35:41.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC152712

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-03 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
c2908861ed9152e05cc270b6575591028de74cf97e97fbbc0cf8 2b7df303871272431defdccd0045d6dd9bedc9690dd7

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
6324c8918f2a285e54c30653df42a8b1c172eebfc4ac8e64592b 2291c9f672e0467d368071f7c96fa53e5ca37ab10898

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-02 05:45:22.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 1

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 1/23/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

Señor
JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE NEIVA (REPARTO)
E. S. D.

SANCHEZ TOSCANO & CIA SAS con Nit: 901025052-1, representada legalmente por la Doctora **MIREYA SANCHEZ TOSCANO,** mayor de edad y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.173.846 expedida en Neiva (H), abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 116.256 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderada de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**., muy respetuosamente me permito formular ante su despacho **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE UNICA INSTANCIA,** para que se sirva el Señor Juez mediante providencia declarar la responsabilidad del pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparadas por el SOAT expedido por **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**

NOMBRE DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- Concurre como demandante la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.,** con NIT. 800.110.181-9, representada legalmente por la Dra. **MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS**, identificada con la cédula de ciudadanía No.55.151.445 expedida en Neiva - Huila.

- Intervendrá como demandada la empresa **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, con **NIT 860.028.415-5** representada legalmente por **NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA,** identificado con la cedula de ciudadanía No.94.311.640 o quien haga sus veces en el momento de la notificación de la demanda.

DOMICILIO DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- La demandante sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.**, tiene su domicilio en la Calle 18 No. 6 - 65 de la ciudad de Neiva.

- La demandada **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, tiene su Domicilio en BOGOTÁ, en la Cr 9A N° 99-07 To 3 P14.

NOMBRE, DOMICILIO Y DIRECCION DE LA APODERADA JUDICIAL DE LA DEMANDANTE

- Actúa como apoderada judicial de la demandante la suscrita abogada **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 116.256 del C. S. de la J., domiciliada en la carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva (H).

PRETENSIONES

PRIMERA: Se declare que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.** con **NIT 860.028.415-5**, es deudora de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con **NIT. 800.110.181-9** por las cuantías contenidas en las facturas que relaciono a continuación y sus respetivos valores, en ocasión del servicio de salud médico-hospitalario prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas con la póliza SOAT expedida por la anteriormente mencionada aseguradora.

ITEM	FACTURA	POLIZA	VALOR DE LA FACTURA	VR. GLOSA

1	41070	8,095,659,500	$2,358,050	$1,271,119
2	48802	8,099,132,900	$3,569,938	$1,251,078
3	47835	8,101,138,700	$2,005,731	$638,800
4	49931	8,088,226,900	$2,432,600	$1,892,500
5	49596	8,085,484,300	$8,616,376	$1,678,800
6	49991	8,089,081,300	$2,655,200	$694,400
7	50163	8,088,159,000	$819,703	$37,692
8	49610	8,098,686,300	$2,812,038	$839,600
9	49887	8,088,925,700	$4,047,000	$174,700
10	49908	3,701,122,004,476	$2,145,900	$1,898,100
11	51888	8,115,150,800	$1,467,860	$304,292
12	51889	8,115,150,800	$4,869,500	$190,800
13	50437	8,097,612,000	$2,103,204	$1,517,200
14	50784	8,085,558,000	$3,700,300	$110,200
15	51691	8,091,185,800	$4,552,154	$3,080,784
16	52495	8,112,489,900	$9,531,819	$1,454,200
17	52108	8,093,407,900	$1,168,916	$162,800
18	52252	8,090,161,800	$2,902,745	$2,075,100
19	52253	8,090,161,800	$3,990,000	$110,200
20	51830	810,248,700	$7,726,087	$883,100
21	51746	8,091,185,800	$6,046,400	$475,500
22	52712	8,087,202,500	$711,208	$49,492
			TOTAL $	**20,790,457**

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. $ 1,271,119 saldo insoluto de la **factura No. 41070,** presentada para su pago el **01/02/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (02/03/2023) y hasta que se verifique su pago.

2. $ 1,251,078 saldo insoluto de la **factura No. 48802,** presentada para su pago el **31/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

3. $ 638,800 saldo insoluto de la **factura No. 47835,** presentada para su pago el **08/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (09/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

4. $ 1,892,500 saldo insoluto de la **factura No. 49931,** presentada para su pago el **07/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

5. $ 1,678,800 saldo insoluto de la **factura No. 49596,** presentada para su pago el **07/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

6. $ 694,400 saldo insoluto de la **factura No. 49991,** presentada para su pago el **07/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

7. $ 37,692 saldo insoluto de la **factura No. 50163,** presentada para su pago el **07/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

8. $ 839,600 saldo insoluto de la **factura No. 49610,** presentada para su pago el **08/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (09/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

9. $ 174,700 saldo insoluto de la **factura No. 49887,** presentada para su pago el **07/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

10. $ 1,898,100 saldo insoluto de la **factura No. 49908,** presentada para su pago el **07/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

11. $ 304,292 saldo insoluto de la **factura No. 51888,** presentada para su pago el **31/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

12. $ 190,800 saldo insoluto de la **factura No. 51889,** presentada para su pago el **31/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

13. $ 1,517,200 saldo insoluto de la **factura No. 50437,** presentada para su pago el **08/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (09/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

14. $ 110,200 saldo insoluto de la **factura No. 50784,** presentada para su pago el **21/09/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/10/2023) y hasta que se verifique su pago.

15. $ 3,080,784 saldo insoluto de la **factura No. 51691,** presentada para su pago el **18/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/11/2023) y hasta que se verifique su pago.

16. $ 1,454,200 saldo insoluto de la **factura No. 52495,** presentada para su pago el **31/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

17. $ 162,800 saldo insoluto de la **factura No. 52108,** presentada para su pago el **24/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25/11/2023) y hasta que se verifique su pago.

18. $ 2,075,100 saldo insoluto de la **factura No. 52252,** presentada para su pago el **30/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

19. $ 110,200 saldo insoluto de la **factura No. 52253,** presentada para su pago el **30/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

20. $ 883,100 saldo insoluto de la **factura No. 51830,** presentada para su pago el **31/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

21. $ 475,500 saldo insoluto de la **factura No. 51746,** presentada para su pago el **24/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25/11/2023) y hasta que se verifique su pago.

22. $ 49,492 saldo insoluto de la **factura No. 52712,** presentada para su pago el **30/10/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

TERCERA: Que se condene en costas a la demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

HECHOS

1. **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.,** en cumplimiento de la obligación impuesta por el **artículo 168 de la ley 100 de 1993**, el **artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015compilado en el Decreto 780 del 2016**, brindó atención médica-hospitalaria de acuerdo a su nivel de complejidad, en la ciudad de Neiva, a las personas lesionadas y que se encuentran amparadas por el SOAT expedido por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., **como se relaciona en el cuadro adjunto en la PRETENSION PRIMERA,** este servicio se prestó de acuerdo a lo estipulado en las normas citadas, no necesitándose contrato ni orden previa para su prestación.

2. La sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**., **en cumplimiento de un mandato legal** tal como se indica en el hecho 1 de las obligaciones impuestas por los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015, compilado **Decreto 780 de 2016,** presentó para su pago ante **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, **las facturas PREVIAMENTE RELACIONADAS EN EL CUADRO ADJUNTO DE LA PRETENSION PRIMERA**. Se allegan como anexos de cada factura los documentos exigidos en el artículo 26 numeral 2 (Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud, cuando se trata de una víctima de accidente de tránsito) del **Decreto 056 del 2015**, compilado **Decreto 780 de 2016**.

3. Al ser presentadas las facturas para su reclamación de pago ante la aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, presentó en cada una de ellas la negación del pago total y la consecuente imposición de glosas por parte de la seguradora, las cuales a su vez fueron contestadas no aceptándolas con argumentos facticos y jurídicos por parte de la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**. Al contar con la totalidad de documentos que permiten observar la obligación ejecutada, se busca una solución en sede

ordinaria, encontrando sustento en el pronunciamiento de la Corte Constitucional en fallo de **auto A-2076 de 2023,** el cual indica que La jurisdicción ordinaria en su especialidad Laboral tiene competencia para conocer la controversia económica originada de una relación extracontractual en la que se demanda por la vía ordinaria a una sociedad privada por servicios de Salud, hospitalario y farmacéuticos a las víctimas de accidentes de tránsito que a la fecha de atención estuvieran amparadas por SOAT.

4. A pesar de estar vencidos los términos legales, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, no realizó los pagos dentro de los términos indicados, no obstante, de manera extemporánea realizo pagos, los cuales fueron aplicados a cada factura, tal y como quedó estipulado en el cuadro anterior. Hecho que se puede verificar en el anverso de cada factura donde se encuentra sello de estado de pago, donde se indica si existió pago alguno, tal como lo exige el #3 del art. 774 del C. Co.:

> *"3. El emisor vendedor o prestador del servicio,* ***deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago*** *del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura." (Negrilla fuera de texto)*

5. El artículo 1080 del Código de Comercio, faculta a mi poderdante para solicitar el cobro de la mora a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, sobre los valores adeudados de cada factura, un mes después de la fecha de radicada cada factura, Así mismo el art 41 del Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.

> *"****El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio*** *o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.* ***Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio*** *igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad."* (Negrilla fuera de texto)

Por su parte el art. 180 del C. Co. Indica:

> *"El* ***asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador*** *de acuerdo con el artículo 1077.* ***Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio*** *igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad."*

6. Dado que la facturación por la prestación de servicios de salud se encuentra gobernada por normas de carácter especial en las que se exigen requisitos disimiles a los contenidos en la ley mercantil y que son propios del sistema general de seguridad social en salud, las facturas aquí presentadas están conformadas en la totalidad por documentos que permiten develar sin ambages, la fuente de la obligación ejecutada y su sustento cartulario, estando acompañadas cada una de las facturas por: el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social (FURIPS) completamente diligenciado incluyendo en el punto IX CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO, fotocopia de la póliza, Epicrisis o resumen clínico de atención, fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo y fotocopia de documento de identidad de la víctima, fotocopia comprobante/constancia de prestación de servicios de salud con firma y huella de paciente o acudiente. Por lo tanto, se está haciendo aplicación del art. 26 #2 del Decreto 056 compilado en el Decreto 780 de 2016.

7. Así mismo se reitera que la normatividad aplicable son los Decretos 056 de 2015 y 780 del 2016, pues el Decreto 3990 de 2007 se encuentra explícitamente derogado por el Decreto 056 del 2015, en su artículo 46:

> "***Vigencia y derogatorias.*** *El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, deroga los Decretos números 3990 de 2007 y 967 de 2012 y las demás normas que le sean contrarias."*

8. En igual sentido tenemos que el Decreto 4747 de 2007 **NO ES APLICABLE AL CASO EN CONCRETO**, pues su finalidad es regular aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, **situación que no se presenta, pues la Aseguradora no es responsables de pagos de servicios de salud de la población**. Según lo establecido en el artículo 2 campo de aplicación y el articulo 3 entidades responsables de pago.

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., **NO ES UNA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD** sino una compañía aseguradora con autorización para explotar el ramo de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT. Se debe tener en cuenta que la aseguradora al expedir la póliza SOAT, debe pagar solamente el evento asegurado (indemnización por concepto de gastos medico hospitalarios).

Este decreto aplica cuando para la atención del paciente, media contrato, que para el caso que nos ocupa se atiende al paciente por mandato legal, Decreto 056 del 2015 compilado por el Decreto 780 del 2016.

9. Se manifiesta bajo la gravedad de juramento que la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** tiene la custodia del original de las **20** facturas de venta y sus anexos, allegadas para su ejecución.

10. Se me ha conferido poder para incoar esta acción.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho los artículos 25 y ss. Del Código Sustantivo del Trabajo y de la Seguridad Social, 422 y ss., artículo 882 del C. Co, Ley 100 de 1993, Decreto 2423 de 1996 (Manual Tarifario), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 del 2016 y demás normas concordantes.

En cuanto a la prestación de servicios de urgencias y su forma de pago el artículo 168 de la ley 100 de 1993, establece:

> "***Artículo 168 de la ley 100 de 1993,*** *ATENCION INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independiente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.*
> *PARAGRAFO: los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*".

Así mismo el Decreto 056 de 2015, establece:

> ***Artículo 1°. Objeto*** *El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos*

catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.

***Artículo 2°. Ámbito de aplicación** El presente decreto aplica al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las administradoras de los regímenes exceptuados de la aplicación de la Ley 100 de 1993, a los reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este acto administrativo.*

***Artículo 8°. Legitimación para reclamar.** Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.*

***Artículo 10. Tarifas.** A los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, se aplicarán las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.*

***Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones.** Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:*

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

***Artículo 26. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:*

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
(…)

***Artículo 41. Condiciones del SOAT**. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:*

***1. Pago de reclamaciones**. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:*

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago por parte de dichas compañías deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.
(…)

Como en el Código de Comercio:

Artículo 1080. Plazo para el pago de la indemnización e intereses moratorios. *El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.*

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.

COMPETENCIA Y CUANTÍA

Indica el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencias Multiples de Neiva en auto del 05 de febrero del 2024 por el cual se declaró falta de competencia, que la jurisdicción competente para conocer del caso concreto es la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Laboral puesto que conforme a lo "*…ordenado por la Jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, en autos A-1415 del 12 de julio del 2023 y A-2076 de fecha 07 de septiembre de 2023; advirtió que la jurisdicción ordinaria en su especialidad laboral es competente para conocer el asunto, bajo el entendido que "los servicios médicos de urgencias prestados a quienes se encontraban amparado por la póliza SOAT, en virtud de la obligación contenida en el precitado artículo 167, hacen parte del SGSSS*" criterio suficiente para determinar que la competencia del presente asunto por su especialidad corresponde a los jueces laborales.

Así mismo y conforme al CAPITULO II art. 12º del Código sustantivo del Trabajo y de la seguridad Social, en razón de la Cuantía, ya que las **pretensiones del proceso se estiman por la suma de $28.156.381** correspondientes a **$20,790,457 de capital y $7.365.924 por intereses moratorios**, no superan los 20 S.M.L.M.V., es el Juez Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Neiva el indicado para conocer del proceso.

En concordancia con el art 121 de Ley 1438 de 2011, corresponde señalar que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), es un servicio público y hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Empero, la calidad de entidad prestadora de servicio de salud, no se hace extensiva a las compañías aseguradoras que comercializan el SOAT por el solo hecho de ofrecerlo al público. **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, entidad que emitió las pólizas a las víctimas de accidentes de tránsito, solo sería actor del sistema de seguridad social al realizar actividades de salud verbigracias como EPS, Empresas que ofrece Planes

Voluntarios de Salud o IPS. En resumen, que nos compete, lo establecido en dicho artículo, son sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud las aseguradoras, pero **solo en lo relativo a las actividades de salud que realicen**.

> ***ARTÍCULO 121. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.*** *Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:*
>
> *121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.*

Al estar aquí la demandada como aseguradora y **no como entidad prestadora de servicio de salud**, sino como un ente que expide pólizas de seguro, que por mandamiento legal la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIAS** prestó un servicio a las víctimas amparadas por dichas pólizas, se generó unas facturas de atención, siendo claro que la parte demandada no es sujeto de la seguridad social para este caso.

Así lo ha dejado claro la Supersalud en concepto No. 2-2017-028967 con referencia 1-2017-032388, por el cual responde a una CONSULTA-RELACIONADA CON APLICACIÓN DE LAS LEYES, DECRETOS, RESOLUCIONES DEL SGSSS A LAS ASEGURADORAS SOAT:

> *"Sobre este interrogante, corresponde señalar que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es un servicio público y* ***hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), empero, esta calidad no se hace extensiva a las compañías aseguradoras que lo comercializan por el solo hecho de ofrecerlo al público****; a menos que se constituyan como actores del SGSSS y realicen actividades en salud, verbigracia, como EPS, IPS, Empresa que ofrece Planes Voluntarios de Salud, etc.*
>
> *Lo anterior guarda concordancia con lo establecido en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, el cual señala que* ***son sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud las aseguradoras, pero solo en lo relativo a las actividades de salud que realicen****."* (Negrilla fuera de texto)

Concluyendo igualmente:

> *"De esto se colige que,* ***al no encontrarse catalogadas como ERP, las Aseguradoras del SOAT no le son aplicables las normas relatadas por el peticionario****, con* ***excepción de aquellas disposiciones consagradas en la Ley 100 de 1993 y el Decreto 780 de 2016 sobre funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito****."* (Negrilla fuera de texto)

Ahora bien, el **Decreto 4747 de 2007**, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones", en su artículo 3 Literal b), establece cuales son las Entidades responsables del pago de servicios de salud, no incluyendo a las aseguradoras. Por lo tanto, es otro argumento para establecer que las aseguradoras no hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

> ***Artículo 3. Definiciones.*** *Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones.*
>
> ***b.*** *Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.*

Por todo lo anterior se considera que corresponde a este despacho el conocimiento de esta Litis.

PRUEBAS Y ANEXOS

Pruebas Documentales:

Facturas enunciadas en la pretensión PRIMERA del escrito de la demanda, con los siguientes anexos: formulario FURIPS, epicrisis o resumen historia clínica, fotocopia de la póliza, fotocopia de documento de identidad, fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo, fotocopia SOAT o resultado búsqueda RUNT.

Anexos:

- Poder que me legitima para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal de la demandada y la demandante.
- Certificado de existencia y representación legal de la empresa Sánchez Toscano & CIA
- Liquidación del crédito a 31/01/2025 en plataforma Liquisoft.

NOTIFICACIONES

- **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, recibirá notificaciones en la Cr 9A N° 99-07 To 3 P14 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

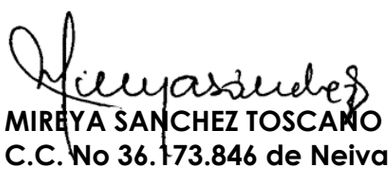
- **Mi mandante** recibirá notificaciones en la Calle 18 No. 6-65 de la ciudad de Neiva. Teléfono 8756349, Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: contabilidad@fracturasyortopedia.com conforme certificado de existencia y representación legal de la clínica, el 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.

Señor
JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE NEIVA (REPARTO)
E.S.D.

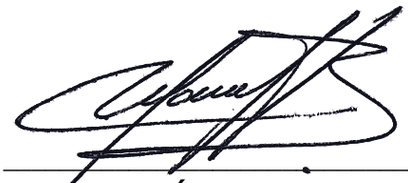
Referencia: Proceso **ORDINARIO LABORAL DE UNICA INSTANCIA** propuesto por la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**., representada legalmente por MARTHA LUCÍA POLANIA CUBILLOS contra **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**. representada legalmente por NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA o 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 la **Factura No. 41070, 48802, 47835, 49931, 49596, 49991, 50163, 49610, 49887, 49908, 51888, 51889, 50437, 50784, 51691, 52495, 52108, 52252, 52253, 51830, 51746, 52712,** Correspondiente a los servicios médicos hospitalarios solicitados y prestados a sus afiliados y también en cumplimento de las obligaciones legales impuestas por los artículos 168 de la ley 100 de 1993 y 67 de la ley 715 de 2001, además de lo normado en el Decreto 056 de 2015.

Mi apoderada goza de todas las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso, en especial las de conciliar, desistir, sustituir, reasumir, interponer recurso y en general las necesarias para obtener el fiel y cabal cumplimiento del poder conferido.

De usted señor Juez,



MARTHA LUCÍA POLANIA CUBILLOS
C.C. No. 55.151.445 expedida en Neiva (H).
Correo electrónico: contabilidad@fracturasyortopedia.com (verificable en Certificado de Existencia y representación legal)

Acepto,



MIREYA SANCHEZ TOSCANO
C.C. No. 36.173.846 expedida en Neiva (H).
T.P. No. 116.256 del C.S. de la J.
Correo electrónico: mireyasanchezt@hotmail.com (verificable en el Registro Nacional de Abogados)

Outlook

PODER CLINICA FRACTURA VS LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO 41070-52712

Desde contabilidad@fracturasyortopedia.com <contabilidad@fracturasyortopedia.com>
Fecha Mar 28/01/2025 5:57 PM
Para 'Mireya Sanchez Toscano' <mireyasanchezt@hotmail.com>

1 archivo adjunto (159 KB)
PODER 41070-52712.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. 41070-52712, conforme al poder anexo

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS



Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 13/01/2025 - 11:28:28
Recibo No. H000106583, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 1ucKcWwbhS

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.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2025.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
Nit : 800110181-9
Domicilio: Neiva, Huila

MATRÍCULA

Matrícula No: 49920
Fecha de matrícula: 25 de octubre de 1990
Ultimo año renovado: 2024
Fecha de renovación: 13 de marzo de 2024
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico : contabilidad@fracturasyortopedia.com
Teléfono comercial 1 : 8756349
Teléfono comercial 2 : 8753436
Teléfono comercial 3 : 3158524962

Dirección para notificación judicial : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico de notificación : contabilidad@fracturasyortopedia.com

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 1496 del 03 de octubre de 1990 de la Notaria 3a. De Neiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de octubre de 1990, con el No. 3507 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 15 de octubre de 2030.

OBJETO SOCIAL

objeto social: La sociedad tiene como objeto principal las siguientes actividades: La explotacion de la actividad medica, humana, como el de consulta, hospitalizacion, cirugia,

---

primeros auxilios, la compra, venta y distribucion de droga medica, compra y venta de mercancias afines en general. En desarrollo de su objeto principal la sociedad puede: Adquirir bienes muebles e inmuebles; ejecutar en su propio nombre o de terceros en asociacion permanente o accidental, todos los contratos comerciales, administrativos y actos mercantiles necesarios para ello y en especial celebrar toda clase de contratos, operaciones o actos que tengan relacion diversa con el objeto social o cuya finalidad son ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legales o convencionalmente derivados de la existencia de la sociedad.

CAPITAL

El capital social corresponde a la suma de $ 12.060.000,00 dividido en 402,00 cuotas con valor nominal de $ 30.000,00 cada una, distribuido así:

- Socios capitalistas

HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ	CC. 19226380
Nro. Cuotas 67	Valor $ 2.010.000,00
FRANCISCO HERNANDO GARCIA RAMIREZ	CC. 4951502
Nro. Cuotas 134	Valor $ 4.020.000,00
VERONICA TEODOLINDA GONZALEZ ZABALA	CC. 51633089
Nro. Cuotas 67	Valor $ 2.010.000,00
MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS	CC. 55151445
Nro. Cuotas 134	Valor $ 4.020.000,00
Totales	
Nro. Cuotas: 402	Valor: $ 12.060.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

Representacion legal: La sociedad tendra un gerente de libre nombramiento y remocion de la junta general de socios, el cual tendra un subgerente que lo reemplazara en sus faltas absolutas, temporales o accidentales y cuya designacion y remocion correspondera tambien a la junta.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

facultades del representante legal: El gerente es el representante legal de la sociedad, con facultades, por lo tanto, para ejecutar todos los actos y contratos acordes con la naturaleza de su encargo y que se relacionen directamente con el giro ordinario de los negocios sociales, en especial, el gerente tendra las siguientes funciones: A) usar de la firma o razon social; b) designar al secretario de la compañia, que lo sera tambien de la junta general de socios; c) designar los empleados que requiera el normal funcionamiento de la compañia y señalarles su remuneracion, excepto cuando se trate de aquellos que por ley o por los estatutos deban ser designados por la junta general de socios; d) presentar un informe de su gestion a la junta general de socios en sus reuniones ordinarias y el balance general de fin de ejercicio con un

---

proyecto de distribucion de utilidades; e) convocar a la junta general de socios a reuniones ordinarias y extraordinarias; f) nombrar los arbitros que correspondan a la sociedad en virtud de compromisos, cuando asi lo autorice la junta general de socios, y de la clausula compromisoria que en los estatutos se pacta; y g) constituir los apoderados judiciales necesarios para la defensa de los intereses sociales. Paragrafo: El gerente requerira autorizacion previa de la junta general de socios para la ejecucion de todo acto o contrato que exceda de quinientos treinta (530) salarios minimos mensuales legales vigentes (smmlv).

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 27 del 05 de septiembre de 2000 de la Junta de Socios, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 25 de septiembre de 2000 con el No. 14794 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS	C.C. No. 55.151.445

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 062 del 23 de abril de 2021 de la Junta Extraordinaria De Socios, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 27 de mayo de 2021 con el No. 60559 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	JIMENO PERDOMO VALDERRAMA	C.C. No. 7.684.423	71112-T
REVISOR FISCAL SUPLENTE	LEIDY CAROLINA ZAPATA SANCHEZ	C.C. No. 1.075.274.603	233651-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) E.P. No. 2183 del 17 de diciembre de 1990 de la Notaria 3a. De Neiva	3892 del 26 de marzo de 1991 del libro IX
*) E.P. No. 387 del 09 de febrero de 1993 de la Notaria 3a. De Neiva	5838 del 08 de marzo de 1993 del libro IX
*) E.P. No. 559 del 17 de febrero de 1997 de la Notaria 3a. De Neiva	10203 del 04 de marzo de 1997 del libro IX
*) E.P. No. 336 del 03 de febrero de 1998 de la Notaria 3a. De Neiva Neiva	11442 del 09 de febrero de 1998 del libro IX
*) E.P. No. 70 del 30 de enero de 2003 de la Notaria Cuarta Neiva	17714 del 13 de febrero de 2003 del libro IX
*) E.P. No. 2153 del 12 de diciembre de 2005 de la Notaria Segunda Neiva	20974 del 19 de diciembre de 2005 del libro IX
*) E.P. No. 2178 del 15 de octubre de 2010 de la Notaria Cuarta Neiva	28345 del 27 de octubre de 2010 del libro IX
*) E.P. No. 1935 del 21 de agosto de 2012 de la Notaria Cuarta Neiva	33632 del 30 de agosto de 2012 del libro IX

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 13/01/2025 - 11:28:28
Recibo No. H000106583, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 1ucKcWwbhS

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.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2025.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8610
Actividad secundaria Código CIIU: No reportó
Otras actividades Código CIIU: No reportó

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
Matrícula No.: 49921
Fecha de Matrícula: 25 de octubre de 1990
Último año renovado: 2024
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal
Municipio: Neiva, Huila

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 13/01/2025 - 11:28:28
Recibo No. H000106583, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 1ucKcWwbhS

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.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2025.

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.

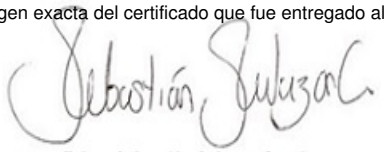
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

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.



Johan Sebastián Salazar Cortés
Secretario Jurídico

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A25009976C363A

7 DE ENERO DE 2025 HORA 12:32:48

AA25009976 PÁGINA: 1 DE 10

* *

****

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 GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NIT: 860028415 5
NUMERO DEL PROPONENTE EN LA CAMARA DE COMERCIO: 00050157

CERTIFICA:

INSCRIPCION Y RENOVACION

FECHA DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE LOS PROPONENTES: 2018/12/28
FECHA DE ULTIMA RENOVACION EN EL REGISTRO DE LOS PROPONENTES: 2024/04/26

CERTIFICA:

REPRESENTACION LEGAL

EL PRESIDENTE EJECUTIVO ES EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, EJECUTOR DE LAS DECISIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL Y DE LA JUNTA DE DIRECTORES Y SUPERIOR DE TODOS LOS FUNCIONARIOS. SERÁ NOMBRADO POR LA JUNTA DE DIRECTORES POR TÉRMINO INDEFINIDO, SIN PERJUICIO DE PODER SER REMOVIDO EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL VIGENTE. EN LAS AUSENCIAS TEMPORALES O ACCIDENTALES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO O ANTE LA IMPOSIBILIDAD FÍSICA DE ATENDER SIMULTÁNEAMENTE SUS FUNCIONES, ESTAS SERÁN ASUMIDAS DE LA FORMA EN QUE ÉL LO DISPONGA, POR LOS REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

DESIGNADOS POR LA JUNTA DE DIRECTORES.

FACULTADES:

SON FUNCIONES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO: 1. PROPONER PARA ESTUDIO Y APROBACIÓN A LA JUNTA DE DIRECTORES EL PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, SUS OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, POLÍTICAS, PROYECTOS, SERVICIOS Y PRESUPUESTOS. 2. PROPONER PARA ESTUDIO Y APROBACIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES LOS PROYECTOS DE ESTABLECIMIENTO Y/O REFORMA DEL ESTATUTO, CÓDIGOS, REGLAMENTOS QUE SEAN FUNCIÓN PROPIA DE ÉSTA, Y TODOS AQUELLOS NECESARIOS PARA FACILITAR EL FUNCIONAMIENTO INTERNO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ASÍ COMO LOS REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE ESTABLEZCAN: LAS DISPOSICIONES LEGALES, LOS ESTATUTOS Y LAS AUTORIDADES DE SUPERVISIÓN. 3. NOMBRAR Y REMOVER A LOS FUNCIONARIOS DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES Y ASIGNARLES SU REMUNERACIÓN DE ACUERDO CON LA PLANTA DE CARGOS Y TABLA DE SALARIOS QUE ESTABLEZCA LA JUNTA DE DIRECTORES. HACER CUMPLIR EL REGLAMENTO DE TRABAJO. 4. DIRIGIR LAS ACTIVIDADES DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, CUMPLIENDO Y HACIENDO CUMPLIR EL ESTATUTO, LOS CÓDIGOS, LOS REGLAMENTOS Y LAS DIRECTRICES Y POLÍTICAS DE LA ASAMBLEA GENERAL Y DE LA JUNTA DE DIRECTORES DE LA CUAL ES SUBORDINADO, EXPIDIENDO LAS NORMAS QUE CONSIDERE NECESARIAS Y PARA LAS CUALES ESTÉ FACULTADO. 5. DIRIGIR LAS RELACIONES PÚBLICAS Y ENCARGARSE DE UNA ADECUADA POLÍTICA DE RELACIONES HUMANAS. 6. APLICAR Y HACER CUMPLIR LAS NORMAS Y MANUALES DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE RIESGOS, DE CONTROL INTERNO SCI Y DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR SAC. RENDIR LOS INFORMES PERIÓDICOS CORRESPONDIENTES A LA JUNTA DE DIRECTORES Y SUS COMITÉS, APLICAR EN LO PERTINENTE SUS OBSERVACIONES Y PROPONER LAS MODIFICACIONES A LOS MISMOS. 7. EJECUTAR LOS PLANES, PROGRAMAS, PROYECTOS Y PRESUPUESTOS APROBADOS POR LA JUNTA DE DIRECTORES, ORDENAR LOS GASTOS E INVERSIONES EN ELLOS PREVISTOS Y LOS EXTRAORDINARIOS SEGÚN FACULTADES. 8. CELEBRAR LOS CONTRATOS Y CONVENIOS QUE VERSEN SOBRE EL GIRO ORDINARIO DE LA ACTIVIDAD DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES Y LOS QUE AUTORICE LA JUNTA DE DIRECTORES. 9. CONTROLAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, EL CUMPLIMIENTO DE PRESUPUESTOS, PROGRAMAS Y PLANES, APOYÁNDOSE EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y APLICAR LOS CORRECTIVOS NECESARIOS, CUIDANDO QUE LOS BIENES Y DERECHOS ESTÉN DEBIDAMENTE SALVAGUARDADOS. 10. RENDIR PERIÓDICAMENTE A LA JUNTA DE DIRECTORES INFORME ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES. 11. PREPARAR EL INFORME ANUAL QUE LA ADMINISTRACIÓN DEBE PRESENTAR A LA ASAMBLEA LOS ESTADOS FINANCIEROS Y SOMETERLOS PREVIAMENTE A CONSIDERACIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES. 12. TODAS LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE CORRESPONDEN COMO PRESIDENTE EJECUTIVO Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.

LA INFORMACION ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL REGISTRO MERCANTIL O DE ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO

CERTIFICA:

DOMICILIO

DIRECCION DEL DOMICILIO PRINCIPAL
CARRERA 9A # 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 NORTE II
TELEFONO 1: 6019172127
CORREO ELECTRONICO:
NOTIFICACIONESJUDICIALESLAEQUIDAD@LAEQUIDADSEGUROS.COOP

LA INFORMACION ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL REGISTRO MERCANTIL O DE ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO

CERTIFICA:

CLASIFICACION POR TAMAÑO DE LA EMPRESA

QUE EL INSCRITO SE CLASIFICO COMO:

GRAN EMPRESA

CERTIFICA:

INFORMACION FINANCIERA

QUE EN RELACIÓN A SU INFORMACIÓN FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTÓ:
FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA: 31/12/2023

ACTIVO CORRIENTE:	$881.220.048.443,00
ACTIVO TOTAL:	$1.120.933.926.612,00
PASIVO CORRIENTE:	$665.977.453.802,00
PASIVO TOTAL:	$1.018.175.948.665,00
PATRIMONIO:	$102.757.977.947,00
UTILIDAD/PERDIDA OPERACIONAL:	$4.651.597.054,00
GASTOS DE INTERESES:	$723.980.844,00

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:	1,32
INDICE DE ENDEUDAMIENTO:	0,90
RAZON DE CORBERTURA DE INTERESES:	6,42

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: 0,04
RENTABILIDAD DEL ACTIVO: 0,00

ESTA INFORMACIÓN FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

CERTIFICA:
CLASIFICACION

QUE EN RELACION A LOS BIENES, OBRAS Y SERVICIOS QUE OFRECERA A LAS ENTIDADES ESTATALES, IDENTIFICADOS CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL (CLASE), EL PROPONENTE REPORTO:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD	DESCRIPCION
84	13	15	00	SERVICIOS DE SEGUROS PARA ESTRUCTURAS Y PROPIEDADES Y POSESIONES
84	13	16	00	SEGUROS DE VIDA, SALUD Y ACCIDENTES

CERTIFICA:
EXPERIENCIA

QUE EN RELACION A LOS CONTRATOS EJECUTADOS EL PROPONENTE REPORTO:

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 1
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 993,00
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 2
CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: HOTELERIA INTERNACIONAL S.A.
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 494,51
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 3
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 178,16
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 4
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: BTG PACTUAL S.A. COMISIONISTA DE BOLSA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 291,86
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 5
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: G.M. FINANCIAL COLOMBIA S.A. COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 23.083,55
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 6
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE RIOFRIO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 51,48
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 7
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA NACIONAL DE DROGUISTAS DETALLISTAS
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 2.391,83
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 8
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE AVIANCA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 135,55
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 9
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 87,02
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 10
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 227,27
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

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 GENERALES ORGANISMO

COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE VIJES
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 10,69
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 12
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DEL CHOCO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 197,67
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 13
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA COLANTA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 4.188,82
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 14
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: CASA NACIONAL DEL PROFESOR ORGANIZACION COOPERATIVA MULTIACTIVA CANAPRO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 5.642,11
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD		SEGM	FAMI	CLAS	PROD

84	13	15	00		84	13	16	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 15
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE VIJES
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 21,58
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 16
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DEL CESAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 130,41
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 17
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: RED SALUD CASANARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 670,48
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

84	13	15	00		84	13	16	00

SEGM	FAMI	CLAS	PROD		SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00		84	13	16	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 18
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 331,33
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 19
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: INSTITUTO FINANCIERO PARA EL DESARROLLO DE SANTANDER
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 307,51
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD		SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00		84	13	16	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 20
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 24,45
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: 21
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 410,66
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 22
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DEL CESAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 64,84
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 23
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE MUTATA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 67,25
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 24
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NOMBRE DEL CONTRATANTE: PROTECNO SRL SUCURSAL COLOMBIA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 282,81
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 25
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE VALLEDUPAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 81,69
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 26
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE DABEIBA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 80,21
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	16	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 27
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 50,00
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 28

CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 146,90
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	16	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 29
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE VALLEDUPAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 40,00
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 30
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE GIRON
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 84,55
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 31

CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE SAN PEDRO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 75,02
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 32
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: RED SALUD CASANARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 621,20
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	16	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 34
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: AGUAS DE BARRANCABERMEJA S.A E.S.P.
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 79,70
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	16	00

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 35
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE VALLEDUPAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 33,00
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: 36
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: INSTITUTO FINANCIERO DE CASANARE
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 61,80
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	16	00

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
84	13	15	00

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 37
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 28,00
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: 38
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: TRANSMETRO S.A.S
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 201,63
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGM	FAMI	CLAS	PROD

| 84 | 13 | 15 | 00 |
==========

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 39
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 56,03
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:
==========
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
==========
| 84 | 13 | 15 | 00 |
==========

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 40
CONTRATO CELEBRADO POR:
PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
NOMBRE DEL CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 296,04
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:
==========
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
==========
| 84 | 13 | 15 | 00 |
==========

ESTA INFORMACIÓN FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

CERTIFICA:

SITUACIONES DE CONTROL Y GRUPOS EMPRESARIALES

QUE EN RELACION CON LA VINCULACION DEL PROPONENTE CON GRUPOS EMPRESARIALES O SITUACIONES DE CONTROL, REPORTA:

***
CONTROLANTE:
NOMBRE: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
IDENTIFICACION: 000008600284155
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
CONTROLADA:
NOMBRE: CLUB DEPORTIVO LA EQUIDAD SEGUROS SA
IDENTIFICACION: 00008001081529
DOMICILIO: BOGOTÁ

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 28 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2018 EL PROPONENTE INSCRIBIO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00657394 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 28 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2018.

QUE EL DIA 12 DEL MES DE ABRIL DE 2019 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00673315 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 12 DEL MES DE ABRIL DE 2019.

QUE EL DIA 04 DEL MES DE AGOSTO DE 2020 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00721120 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 04 DEL MES DE AGOSTO DE 2020.

QUE EL DIA 27 DEL MES DE ABRIL DE 2021 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00749192 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 27 DEL MES DE ABRIL DE 2021.

QUE EL DIA 28 DEL MES DE ABRIL DE 2022 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00781332 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 28 DEL MES DE ABRIL DE 2022.

QUE EL DIA 11 DEL MES DE ABRIL DE 2023 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00806333 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 11 DEL MES DE ABRIL DE 2023.

QUE EL DIA 26 DEL MES DE ABRIL DE 2024 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00846124 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 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 ADJUDICADOS
ENTIDAD CONTRATANTE: AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS- ANT
MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C.
NUMERO DEL CONTRATO: ANT-20236290
FECHA DE ADJUDICACION: 2023/12/06
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 15.140.591,00
CLASIFICACION CONTRATO
84131500 SERVICIOS DE SEGUROS PARA ESTRUCTURAS Y PROPIEDADES Y POSESIONES
FECHA DE INSCRIPCION: 2024/01/09
NUMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 00831618

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 : $ 72,000

****
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
****
****
****
****
****
****
****
****
****
****
****
****
****

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A25009976C363A

7 DE ENERO DE 2025 HORA 12:32:48

AA25009976 PÁGINA: 10 DE 10

* *

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

* * * NO ES VALIDO POR ESTA CARA * * *

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 14/01/2025 - 13:47:18
Recibo No. S001675588, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN rXhgYAnPS6

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.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2025.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.
Nit : 901025052-1
Domicilio: Neiva, Huila

MATRÍCULA

Matrícula No: 289183
Fecha de matrícula: 08 de noviembre de 2016
Ultimo año renovado: 2024
Fecha de renovación: 11 de abril de 2024
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CARRERA 4 NO. 10-53 - El centro
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico : mireyasanchezt@hotmail.com
Teléfono comercial 1 : 3002242742
Teléfono comercial 2 : 6088661838
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CARRERA 4 NO. 10-53 - El centro
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico de notificación : mireyasanchezt@hotmail.com
Teléfono para notificación 1 : 3002242742
Teléfono notificación 2 : 6088661838

La persona jurídica **NO** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016, con el No. 46224 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

Objeto social. Conforme a lo dispuesto en la legislación comercial colombiana y con base en lo

---

consagrado por el artículo 75 de la ley 1564 de 2012, código general del proceso, según el cual podrá otorgarse poder a una persona jurídica cuyo objeto social principal sea la prestación de servicios jurídicos. En este evento, podrá actuar en el proceso cualquier profesional del derecho inscrito en su certificado de existencia y representación legal. Lo anterior, sin perjuicio de que la persona jurídica pueda otorgar o sustituir el poder a otros abogados ajenos a la firma. Las cámaras de comercio deberán proceder al registro de que trata este inciso, la sociedad sanchez toscano & cia s.A.S contará con el personal idóneo y competente para ejecutar el siguiente objeto principal: 1) La prestación de servicios en asesoría y gestión profesional y jurídica, 2) celebración y ejecución de contratos con entidades financieras y del sector real, compra y venta de cartera y administración de gestión y recuperación de recaudos, 3) celebración y ejecución de contratos, capacitaciones, estudios, análisis, recuperación de cartera, venta de cartera hipotecarias, comerciales, y en general todos los procesos de asesoría en el sector privado comercial y gubernamental, 4) a) adquirir, vender, permutar, o construir tomar o dar en arrendamiento bienes raíces o inmuebles rurales o urbanos para los objetos antes mencionados a su favor. B) solicitar y obtener cartas de crédito los objetos antes mencionados. C) constituir gravámenes reales o personales y aceptar los que le sean otorgados a su favor. D) solicitar y obtener cartas de crédito, girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar, negociar y descontar toda clase de títulos valores. E) tomar o dar dinero en mutuo o préstamo, con o sin garantía de los bienes sociales, sea con particulares, establecimientos, corporaciones financieras y demás entidades que se dediquen a operaciones de incremento comercial e industrial. F) participar en toda clase de licitaciones concursos públicos o privados y ejecutar los actos o contratos complementarios de los anteriores y los demás que tenga relación con la existencia y financiamiento de la sociedad. G) elaboración de reglamentos de propiedad horizontal y asesoría jurídica de todo lo relacionado con los bienes raíces. H) realizar todo tipo de relaciones jurídicas, administrativas, comerciales y demás transacciones que tengan que ver con el objeto social. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad. La sociedad no podrá garantizar obligaciones de terceros.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	$ 50.000.000,00
No. Acciones	500.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 100,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

---

gerencia. El uso de la razon social de la compañia y su representacion legal y administrativa estaran a cargo de un gerente que podra tener uno o varios suplentes, quienes remplazaran al gerente en sus faltas absolutas, temporales o accidentales con las mismas facultades y atribuciones de este, designados por la asamblea de accionistas. En el gerente delegan los socios la personeria de la empresa y su administracion con las mas amplias facultades dispositivas y administrativas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

funciones. Además de los actos de disposición y administración concernientes al giro ordinario de las operaciones de la sociedad, son atribuciones del gerente: A) representar legalmente a la sociedad y celebrar toda clase de actos o contratos sin límite de cuantía. B) ejecutar las decisiones y órdenes de la asamblea de accionistas y convocarla cuando así lo requieran los intereses sociales. C) custodiar los bienes sociales. D) informar cada seis (6) meses a la asamblea de accionistas acerca de los negocios ejecutados y a ejecutarse. E) rendir los informes respectivos y presentar los balances anuales correspondientes. F) constituir apoderados o mandatarios que representen a la sociedad judicial administrativa o extrajudicialmente. G) nombrar y remover los empleados de la sociedad que no sean de la competencia de la asamblea de accionistas y fijarles su remuneración. H) designar y/o remover directamente y mediante documento privado que será objeto de registro en la cámara de comercio del domicilio social de la empresa, a los profesionales en derecho que actuarán como abogados inscritos.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016 con el No. 46224 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	MIREYA SANCHEZ TOSCANO	C.C. No. 36.173.846
SUPLENTE	JUAN SEBASTIAN SUAZA SANCHEZ	C.C. No. 1.075.229.477

PODERES

Por documento privado del 13 de enero de 2020 de el Representante Legal, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 15 de enero de 2020 con el No. 55707 del libro IX, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a **MARIA CAMILA MEJIA TRUJILLO identificado con CC. No. 1075262023** y **JESUS ALBERTO CEDEÑO TORRES identificado con CC. No. 7729739** y **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA identificado con CC. No. 1075285045**, para que

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 14/01/2025 - 13:47:18
Recibo No. S001675588, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN rXhgYAnPS6

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.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2025.

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) Acta No. 1 del 08 de marzo de 2018 de la Reunion Extraordinaria Asamblea De Accionistas	50015 del 15 de marzo de 2018 del libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: M6910
Actividad secundaria Código CIIU: M6920
Otras actividades Código CIIU: No reportó

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $453.610.026,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : M6910.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - REPORTE A ENTIDADES

A. Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES. b. Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 14/01/2025 - 13:47:18
Recibo No. S001675588, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN rXhgYAnPS6

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.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2025.

---

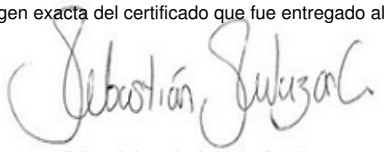
expedición.

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.



Johan Sebastián Salazar Cortés
Secretario Jurídico

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 41070-52712
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
2023-03-02	2023-03-02	1	46,26	1.271.119,00	1.271.119,00	1.324,80	1.272.443,80	0,00	1.324,80	1.272.443,80	0,00	0,00	0,00
2023-03-03	2023-03-31	29	46,26	0,00	1.271.119,00	38.419,13	1.309.538,13	0,00	39.743,93	1.310.862,93	0,00	0,00	0,00
2023-04-01	2023-04-30	30	47,09	0,00	1.271.119,00	40.332,20	1.311.451,20	0,00	80.076,13	1.351.195,13	0,00	0,00	0,00
2023-05-01	2023-05-31	31	45,41	0,00	1.271.119,00	40.435,13	1.311.554,13	0,00	120.511,26	1.391.630,26	0,00	0,00	0,00
2023-06-01	2023-06-30	30	44,64	0,00	1.271.119,00	38.579,09	1.309.698,09	0,00	159.090,36	1.430.209,36	0,00	0,00	0,00
2023-07-01	2023-07-31	31	44,04	0,00	1.271.119,00	39.415,84	1.310.534,84	0,00	198.506,20	1.469.625,20	0,00	0,00	0,00
2023-08-01	2023-08-31	31	43,13	0,00	1.271.119,00	38.727,18	1.309.846,18	0,00	237.233,38	1.508.352,38	0,00	0,00	0,00
2023-09-01	2023-09-30	30	42,05	0,00	1.271.119,00	36.685,80	1.307.804,80	0,00	273.919,18	1.545.038,18	0,00	0,00	0,00
2023-10-01	2023-10-07	7	39,80	0,00	1.271.119,00	8.170,42	1.279.289,42	0,00	282.089,61	1.553.208,61	0,00	0,00	0,00
2023-10-08	2023-10-08	0	39,80	1.892.500,00	3.163.619,00	0,00	3.163.619,00	0,00	282.089,61	3.445.708,61	0,00	0,00	0,00
2023-10-08	2023-10-08	1	39,80	1.678.800,00	4.842.419,00	4.446,54	4.846.865,54	0,00	286.536,15	5.128.955,15	0,00	0,00	0,00
2023-10-08	2023-10-08	0	39,80	694.400,00	5.536.819,00	0,00	5.536.819,00	0,00	286.536,15	5.823.355,15	0,00	0,00	0,00
2023-10-08	2023-10-08	0	39,80	37.692,00	5.574.511,00	0,00	5.574.511,00	0,00	286.536,15	5.861.047,15	0,00	0,00	0,00
2023-10-08	2023-10-08	0	39,80	174.700,00	5.749.211,00	0,00	5.749.211,00	0,00	286.536,15	6.035.747,15	0,00	0,00	0,00
2023-10-08	2023-10-08	0	39,80	1.898.100,00	7.647.311,00	0,00	7.647.311,00	0,00	286.536,15	7.933.847,15	0,00	0,00	0,00
2023-10-09	2023-10-09	0	39,80	1.517.200,00	9.164.511,00	0,00	9.164.511,00	0,00	286.536,15	9.451.047,15	0,00	0,00	0,00
2023-10-09	2023-10-09	1	39,80	638.800,00	9.803.311,00	9.001,87	9.812.312,87	0,00	295.538,02	10.098.849,02	0,00	0,00	0,00
2023-10-09	2023-10-09	0	39,80	839.600,00	10.642.911,00	0,00	10.642.911,00	0,00	295.538,02	10.938.449,02	0,00	0,00	0,00
2023-10-10	2023-10-21	12	39,80	0,00	10.642.911,00	117.274,03	10.760.185,03	0,00	412.812,05	11.055.723,05	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 41070-52712
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
2023-10-22	2023-10-22	1	39,80	110.200,00	10.753.111,00	9.874,03	10.762.985,03	0,00	422.686,08	11.175.797,08	0,00	0,00	0,00
2023-10-23	2023-10-31	9	39,80	0,00	10.753.111,00	88.866,24	10.841.977,24	0,00	511.552,32	11.264.663,32	0,00	0,00	0,00
2023-11-01	2023-11-18	18	38,28	0,00	10.753.111,00	171.948,98	10.925.059,98	0,00	683.501,30	11.436.612,30	0,00	0,00	0,00
2023-11-19	2023-11-19	1	38,28	3.080.784,00	13.833.895,00	12.289,59	13.846.184,59	0,00	695.790,90	14.529.685,90	0,00	0,00	0,00
2023-11-20	2023-11-24	5	38,28	0,00	13.833.895,00	61.447,96	13.895.342,96	0,00	757.238,85	14.591.133,85	0,00	0,00	0,00
2023-11-25	2023-11-25	0	38,28	162.800,00	13.996.695,00	0,00	13.996.695,00	0,00	757.238,85	14.753.933,85	0,00	0,00	0,00
2023-11-25	2023-11-25	1	38,28	475.500,00	14.472.195,00	12.856,64	14.485.051,64	0,00	770.095,49	15.242.290,49	0,00	0,00	0,00
2023-11-26	2023-11-30	5	38,28	0,00	14.472.195,00	64.283,18	14.536.478,18	0,00	834.378,68	15.306.573,68	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	0	37,56	883.100,00	15.355.295,00	0,00	15.355.295,00	0,00	834.378,68	16.189.673,68	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	1	37,56	110.200,00	15.465.495,00	13.517,66	15.479.012,66	0,00	847.896,34	16.313.391,34	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	0	37,56	190.800,00	15.656.295,00	0,00	15.656.295,00	0,00	847.896,34	16.504.191,34	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	0	37,56	2.075.100,00	17.731.395,00	0,00	17.731.395,00	0,00	847.896,34	18.579.291,34	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	0	37,56	1.454.200,00	19.185.595,00	0,00	19.185.595,00	0,00	847.896,34	20.033.491,34	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	0	37,56	1.251.078,00	20.436.673,00	0,00	20.436.673,00	0,00	847.896,34	21.284.569,34	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	0	37,56	304.292,00	20.740.965,00	0,00	20.740.965,00	0,00	847.896,34	21.588.861,34	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	0	37,56	49.492,00	20.790.457,00	0,00	20.790.457,00	0,00	847.896,34	21.638.353,34	0,00	0,00	0,00
2023-12-02	2023-12-31	30	37,56	0,00	20.790.457,00	545.158,83	21.335.615,83	0,00	1.393.055,17	22.183.512,17	0,00	0,00	0,00
2024-01-01	2024-01-31	31	34,98	0,00	20.790.457,00	529.870,22	21.320.327,22	0,00	1.922.925,39	22.713.382,39	0,00	0,00	0,00
2024-02-01	2024-02-29	29	34,97	0,00	20.790.457,00	495.501,32	21.285.958,32	0,00	2.418.426,71	23.208.883,71	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 41070-52712
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
2024-03-01	2024-03-31	31	33,30	0,00	20.790.457,00	507.737,28	21.298.194,28	0,00	2.926.163,99	23.716.620,99	0,00	0,00	0,00
2024-04-01	2024-04-30	30	33,09	0,00	20.790.457,00	488.662,38	21.279.119,38	0,00	3.414.826,37	24.205.283,37	0,00	0,00	0,00
2024-05-01	2024-05-31	31	31,53	0,00	20.790.457,00	484.115,68	21.274.572,68	0,00	3.898.942,05	24.689.399,05	0,00	0,00	0,00
2024-06-01	2024-06-30	30	30,84	0,00	20.790.457,00	459.504,45	21.249.961,45	0,00	4.358.446,50	25.148.903,50	0,00	0,00	0,00
2024-07-01	2024-07-31	31	29,49	0,00	20.790.457,00	456.494,33	21.246.951,33	0,00	4.814.940,83	25.605.397,83	0,00	0,00	0,00
2024-08-01	2024-08-31	31	29,21	0,00	20.790.457,00	452.600,96	21.243.057,96	0,00	5.267.541,79	26.057.998,79	0,00	0,00	0,00
2024-09-01	2024-09-30	30	28,85	0,00	20.790.457,00	433.229,76	21.223.686,76	0,00	5.700.771,55	26.491.228,55	0,00	0,00	0,00
2024-10-01	2024-10-31	31	28,17	0,00	20.790.457,00	438.389,47	21.228.846,47	0,00	6.139.161,02	26.929.618,02	0,00	0,00	0,00
2024-11-01	2024-11-30	30	27,90	0,00	20.790.457,00	420.641,91	21.211.098,91	0,00	6.559.802,93	27.350.259,93	0,00	0,00	0,00
2024-12-01	2024-12-31	31	26,39	0,00	20.790.457,00	413.608,78	21.204.065,78	0,00	6.973.411,71	27.763.868,71	0,00	0,00	0,00
2025-01-01	2025-01-31	31	24,89	0,00	20.790.457,00	392.513,26	21.182.970,26	0,00	7.365.924,97	28.156.381,97	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 41070-52712
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	((1+TasaEfectiva)^(Períodos/DíasPeríodo))-1

RESUMEN LIQUIDACION

VALOR CAPITAL	$20.790.457,00
SALDO INTERESES	$7.365.924,97

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	**$28.156.381,97**

INFORMACION ADICIONAL

TOTAL ABONOS	$0,00
SALDO A FAVOR	$0,00

OBSERVACIONES