1

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2022.04.27	09:55:46	2022.05.27

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 29518

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 132508

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2022.02.11 - 04:22	2022.02.11 - 09:46

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1005719744 RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO EDAD : 20 Años
DIRECCION: CLL 22 N 34BIS -87 NEIVA TELEFONO: 3154242728

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 1i Interv 100%	11-Feb-2022	S55101					FGR	1	77,000	77,000
13563	REDUCCION CERRADA FALANGES PIE (UNA A DOS)	11-Feb-2022	39002	1	04	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	143,700	143,700
	ESTANCIAS										
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	94,300	94,300
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
	MEDICAMENTOS										
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,819	4,819
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
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								30	580	17,400
19933608	ISODINE ESPUMA X3750								10	0	0
	IMAGENES DX										
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.02.11	873206		JAB				1	56,300	56,300
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.02.11	873206		JAB				1	56,300	56,300
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.02.11	873206		JAB				1	56,300	56,300
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.02.11	871121		JAB				1	80,000	80,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.02.11	871121		JAB				1	80,000	80,000
	OTROS										
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.02.11	890302		FGR				1	57,700	57,700
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2022.02.11	890701		JAB				1	65,700	65,700
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2022.02.11	S22103		FGR				1	77,300	77,300

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY

REVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE

Recibido!
27 de Mayo del 2022
20037470

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

CODIGO DEL COMERCIO
0.110.67-2

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA D
na vigencia de: 18 Meses
000 AUTORIZA

equidad seguros

Cufe: d5e223fb932fa4e22eb14d693397e34202b5462a6b01fa29[illegible]

2

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 ,2022.04.27	09:55:46	2022.05.27

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 29518

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 132508

CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2022.02.11 - 04:22 2022.02.11 - 09:46

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1005719744 RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO
EDAD : 20 Años
DIRECCION: CLL 22 N 34BIS -87 NEIVA
TELEFONO: 3154242726

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 1i Interv 100%	11-Feb-2022	S55101					FGR	1	77,000	77,000
13563	REDUCCION CERRADA FALANGES PIE (UNA A DOS)	11-Feb-2022	39002	1	04	100,0%	1-CIRUJANO	FGR	1	143,700	143,700
	ESTANCIAS										
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	94,300	94,300
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
	MEDICAMENTOS										
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,819	4,819
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
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								30	580	17,400
19933608	ISODINE ESPUMA X3750								10	0	0
	IMAGENES DX										
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.02.11	873206		JAB				1	56,300	56,300
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.02.11	873206		JAB				1	56,300	56,300
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.02.11	873206		JAB				1	56,300	56,300
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.02.11	871121		JAB				1	80,000	80,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.02.11	871121		JAB				1	80,000	80,000
	OTROS										
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.02.11	890302		FGR				1	57,700	57,700
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2022.02.11	890701		JAB				1	65,700	65,700
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2022.02.11	S22103		FGR				1	77,300	77,300

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764013758512 De Fecha: 2021.05.28 por una vigencia de: 18 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00017086 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA

Cufe: d5e223fb932fa4e22eb14d693397e34202b5462a4b011a291f19c7a5e13c035151d3652c3fd1efc1cf512877dc0066fc

3

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 ,2022.04.27	09:55:46	2022.05.27

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 29518

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

VALOR BRUTO:	877,319	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	877,319

SON: OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2022.04.27 09:54:02 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: 18764013758512 De Fecha: 2021.05.28 por una vigencia de: 18 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00017086 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA

Cufe: d8e223fb932fa4e22eb14d693397e34202bb462a6n01fa291f18c7a5e13c0351b1d3652c3fd1efc1cf512827dc0066fc

FACTURA:	29518
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 629,519
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 247,800
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 KEVIN DANIEL QUINTANA CLAROS

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- 29518

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

GOMEZ — 2do.Apellido

ANDRES — 1er.Nombre

EDUARDO — 2do.Nombre

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

No. Documento: 1005719744

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 2001/04/7 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: CLL 22 N 34BIS -87

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3154242728

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 16 CON CALLE CON CALLE 41

Fecha Evento/Accidente: 2022/02/11 Hora: 02:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACAS ZOF67F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL FRENAR BRUSCAMENTE 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: ZOF67F

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 80726061 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/02/2 Hasta: 2023/02/1

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

RIVERA — 1er.Apellido o Razon Social

GOMEZ — 2do.Apellido

ANDRES — 1er.Nombre

EDUARDO — 2do.Nombre

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

No. Documento 1005719744

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
RIVERA	GOMEZ

1er.Nombre	2do.Nombre
ANDRES	EDUARDO

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] No. Documento 1005719744

Direcci¾n: CALLE 22N ° 34 BIS 87

Departamento: HUILA Cod. 41 TelÚfono: 3154242728

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: 2022/02/11 a las 04:22

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

Fecha de Egreso: 2022/02/11 a las 09:46

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S924 FRACTURA DE LOS HUESOS DEL DEDO GORDO DEL

Diagnostico relacionado de Egreso

S931 LUXACION DE DEDO(S) DEL PIE

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
BAZAN	

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

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	877319	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 ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

EPICRISIS

1005719744 - 48309

FECHA EMISION: 22.02.15
HORA: 15:33:51

PACIENTE: RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO

DOC.IDENT: CC 1005719744 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CLL 22 N 34BIS -87
FCHA.NACTO: 01.04.07 EDAD: 20 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3154242728
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: A+

SERVICIO DE INGRESO3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 22.02.11 HORA DE INGRESO: 04:22
SERVICIO DE EGRESO: - FECHA DE EGRESO: 22.02.11 HORA DE EGRESO: 09:46
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S903 - CONTUSION DE LOS PIES
RELACIONADO1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO2: S203 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX

FECHA: 22.02.11-04:37:15 // 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 PLACAS ZOF67F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL FRENAR BRUSCAMENTE Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

*** ENFERMEDAD ACTUAL ***
PACIENTE QUIEN INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS. VALORADO A LAS: 04+22 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 142 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN AMBOS PIES CODO Y REJA COSTAL IZQUIERDA NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, CUELLO, ABDOMEN, PELVIS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA , RECUERDA EL EVENTO. ALIENTO ALCOHOLICO

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA , NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO EN LOS ULTIMOS 15 DIAS.

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

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

<<CABEZA>>
normocefalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. HIPEREMIA CONJUNTIVALPupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara RUBICUNDES FACIAL. sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, ABRASIONES TORACOABDOMINAL IZQUIERDA. No deformidad, DOLOR A LA PALPACION COSTAL IZQUIERDA, Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.
<<ABDOMEN>>
Abdomen, ABRASIONES SUPERFICIALES LEVES. 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>>

18

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

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 PALPACION MAS LIMITACCION FUNCIONAL EN AMBOS PIES Y CODO IZQUIERDO, DEFORMIDAD HALLUX IZQUIERDO 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. AUMENTO DE BASE DE SUSTENTACCION INCORDINACCION MOTORA, Lenguaje claro coherente. VERBORREICO
<<PIEL>>
ABRASIONES EN CODOS, ANTEBRAZO, MUÑECA RODILLA IZQUIERDA MANO DERECHA.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

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

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VITALES ESTABLES CON DOLOR EN AMBOS PIES, CODO Y REJA COSTAL IZQUIERDA POR LO CUAL SE INDICA ANALGESICO, CURACION DE ABRASIONES Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

- DEJAR EN OBSERVACCION.
- 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 RADIOGRAFICOS.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

FECHA: 22.02.11-04:41:47 // 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) *****
EXAMEN CLINICO BEODEZ
Presentación, porte, actitud, conducta motriz: ROPA SUCIA MULTIPLES ABRASIONES

17

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

Olores asociados: Aliento Alcohólico:
Negativo __. Discreto __. Evidente _X_. Dudoso __. Otros (describa):_____.

Sensorio: Estado de conciencia: ALERTA
Orientación: ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA
Atención: DISMINUIDA
Memoria: RECUERDA EL EVENTO

Afecto LLANTO FACIL

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

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

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

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

Coordinación Motora, Equilibrio y Marcha:
- Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz; dedo-dedo):
Normales __. Alteradas _X_. No se realizan __.
- Test de movimientos rápidos alternos:
Normal __. Alterada _X_. No se realiza __.
- Prueba de Romberg:
Normal __. Alterada _X_. No se realiza __
- Prueba de marcha en Tamden (punta-talón):
Normal __. Alterada _X_. No se realiza __
- Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:
Normal __. Alterada _X_. No se realiza __
Observaciones: NINGUNA

Evaluación de Nistagmus:
- Nistagmus Espontáneo: Presente __. leve __. evidente __. horizontal vertical __.
Ausente _X_.
- Prueba de nistagmus a mirada extrema: Positivo __. leve _X_. evidente __. horizontal __. vertical __. Negativo __. No se realiza __.
- Prueba de nistagmus posrotacional: Positivo __. leve _X_. evidente __. horizontal __. vertical __. Negativo __. No se realiza __
Observaciones:

Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor: NO SE REALIZA

ANALISIS Y CONCLUSION.

EMBRIAGUEZ CLINICA DE ORIGEN ALCOHOLICA DE SEGUNDO GRADO.

FECHA: 22.02.11-04:51:53 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)
>> DE LA EVOLUCION

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

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 04:39 / 04:45 DURACION: 00:05

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 CODO IZQUIERDO + ABDOMEN 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: 22.02.11-05:40:38 // 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 IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACCION.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO: IMAGEN SUGETIVA DE FRACTURA FALANGE DISTAL 1 DEDO

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO; IMAGEN SUGESTIVA DE LUXACCION INTERFALANGICA DISTAL 1 DEDO PIE IZQUIERDO MAS CAMBIOS ARTROSICOS.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.

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: 22.02.11-05:41:43 // 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) *****

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA IMAGENES ENCONTRÁNDOSE IMAGENES SUGESTIVAS DE ALTERACCIONES PACIENTE PERSISTE CON SINTOMATOLOGIA POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR TRAUMATOLOGO EN EL MOMENTO ESTABLE, PARCIAL CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR AHORA CONTINUAR EN VIGILANCIA CLINICA INTRAHOSPITALARIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

15

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

PLAN:
SS VALORACION POR TRAUMATOLOGIA.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.
CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CUALQUIER ALTERACION.

FECHA: 22.02.11-09:22:38 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (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) *****

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 09:10 / 09:20 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REDUCCION CERRADA FALANGES PIE (UNA A DOS) VIA: 3 QUIEN REALIZA: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

BAJO ANALGESIA EN SALA DE YESOS , SE PRACTICO REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE ARTICULACION INTERFALANGICA DE HALUX IZQUIERDO. NO COMPLICACIONES.

FECHA: 22.02.11-09:22:54 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

>> DE LA EVOLUCION

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
REDUCCION CERRADA FALANGES PIE (UNA A DOS)
BAJO ANALGESIA EN SALA DE YESOS , SE PRACTICO REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE ARTICULACION INTERFALANGICA DE HALUX IZQUIERDO. NO COMPLICACIONES.

>> DE LA EVOLUCION

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

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN PIE BILATERAL
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMOIDNAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR Y EDEMA EN AMBOS HALLUX CON DEFORMIDAD EN HALLUX IZQUIERDO, NEUROVASCULAR NORMAL

RX : FRACTURA FALANGE DISTAL HALLUX DERECHO, LUXACCION INTERFALANGICA HALLUX IZQUIERDO

DX: FRACTURA FALANGE DISTAL HALLUX DERECHO, LUXACCION INTERFALANGICA HALLUX IZQUIERDO
PLAN: SE REALIZA REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE HALLUZ IZQUIERDO
SALIDA CON ANALGESICOS ORALES

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

CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS

FECHA: 22.02.11-09:46:54 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

** 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 EN AREA DE TRAUMA, APLICAR HIELO LOCAL, DESINFECTAR DOS VECES AL DIA LAS HERIDAS, ELEVAR EXTREMIDADES AFECTADAS EN LAS NOCHES, RECLAMAR LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES

** ORDENES MEDICAS:

CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA EN DOS SEMANAS
SOLICITARLA CON ANTICIPACION
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 30, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CAD A8 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 30, DOSIS: TOMAR UNA TABELTA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS, LUEGO SOLO EN CASO DE DOLOR, DURACION TRATAM: 10, VIA: ORAL

>> DE LA EVOLUCION

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

SE EGRESA PACIENTE CON LAS RESPECTIVAS INDICACIONES MEDICAS

FECHA: 22.02.11-09:47:17 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

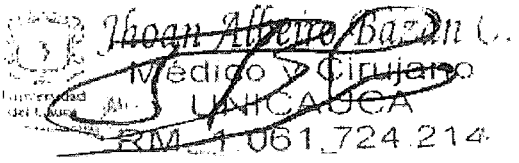
FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.02.11-09:46:56 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

13

DIAGNOSTICOS AL EGRESO TIPO GRADO

CONFIRMADO: S924 - FRACTURA DE LOS HUESOS DEL DEDO GORDO DEL PIE
RELACIONADO 1: S931 - LUXACION DE DEDO(S) DEL PIE
RELACIONADO 2: S203 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL

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



Registro Medico:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 132508

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -132508 **Fecha** 2022/02/11

Nombre Paciente: RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO - 1005719744 **Edad:** 20 **Sexo:** M

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

Diagn¾sticos Previos:

1. S903-CONTUSION DE LOS PIES
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S203-OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
5. T141-ABRASIONES
6. S500-CONTUSION DEL CODO IZQUIERDO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S903-CONTUSION DE LOS PIES
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S203-OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
5. T141-ABRASIONES
6. S500-CONTUSION DEL CODO IZQUIERDO

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 CODO IZQUIERDO + ABDOMEN SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

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

NEIVA,15-Feb-2022 15:34:2

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:** 2022.02.1 04:22
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 20 Años **Fecha Egreso** :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1005719744 RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO 1 NIVEL I NEIVA CLL 22 N 34BIS -87 3154242728

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2022.02.11	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2022.02.11	QUI	I ESPUMA	ISODINE ESPUMA X3750	VIC	10.00
2022.02.11	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2022.02.11	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2022.02.11	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00
2022.02.11	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	VIC	10.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 132508

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -132508 **Fecha** 2022/02/11

Nombre Paciente: RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO - 1005719744 **Edad:** 20 **Sexo:** M

Quien Realiza: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S903-CONTUSION DE LOS PIES
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S203-OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
5. T141-ABRASIONES
6. S500-CONTUSION DEL CODO IZQUIERDO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S903-CONTUSION DE LOS PIES
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S203-OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
5. T141-ABRASIONES
6. S500-CONTUSION DEL CODO IZQUIERDO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.13563	REDUCCION CERRADA FALANGES PIE (UNA A DOS)	FGR	3 - 2i+ Unic

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: BAJO ANALGESIA EN SALA DE YESOS , SE PRACTICO REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE ARTICULACION INTERFALANGICA DE HALUX IZQUIERDO. NO COMPLICACIONES.

PACIENTE: 1005719744 RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO **EDAD:** 20

DIRECCION: CLL 22 N 34BIS -87 **TELEFONO:** 3154242728

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-48155 **FECHA SINIESTRO:** 2022.02.11 **Nº POLIZA:** 80726061

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 11 de febrero de 2022						
04:38:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	MLD	
04:38:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MLD	
04:38:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -153292

FECHA EMISION:	2022.02.11
HORA:	10:13:28
PAGINA No:	1

USUARIO: RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO **FECHA DE PEDIDO:** 2022/02/11

DOC.IDENT: CC 1005719744 **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	30.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	30.00
		TOTAL CANTIDAD:	60.00

Andres Rivera

Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO No. Identif. 1005719744 Edad. 20

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2022.02.11

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 30.00	TOMAR DOS TABLETAS CAD A8 HORAS
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 30.00	TOMAR UNA TABELTA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS,

Alicia Asturia del Pil
Rod Serrano
Medicina General
RM 1075 200 200

Andres Rivera

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	22.04.26
HORA:	17:48:57
PAGINA No:	1

Numero: 65379 Fecha Ex. 11/02/22 Hora 17:48
Nombre Paciente: 1005719744 RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO
Dirección: CLL 22 N 34BIS -87 Telefono:3154242728 Edad:20 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del codo izquierdo observándose las estructuras osteo articulares con aspecto anatómico y relaciones articulares satisfactorias.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie derecho observándose ligera irregularidad proximal de la segunda falange del grueso artejo, sospechosa de corresponder a lesión traumática ósea a este nivel por fractura.
Se recomienda correlacionar y controlar.
Edema de los tejidos blandos del grueso artejo.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo en la que se advierte fractura proximal de la segunda falange del grueso artejo, con extensión y compromiso parcial de la superficie articular.
Edema de los tejidos blandos adyacentes al foco de fractura.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

*HALLAZGOS

Proyección AP del tórax con paciente en decúbito dorsal en la que se advierte adecuada expansión pulmonar bilateral.
No hay focos pulmonares consolidativos.
No se observan signos aparentes de compromiso pleural
Mediastino magnificado con un pedículo cardió aórtico dentro de límites usuales.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA

*HALLAZGOS

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

FIRMA _____

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT 800 110 181 9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos 875 6349 - 875 5836 Neiva - Huila	COMPROBANTE DE RECIBIDO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN 3 CÓDIGO PÁGINA 1 DE 1

Neiva 11-07-22

Señores
Entidad equidad Neiva

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

Yo Andres rueda _____ identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1005119794, 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 via de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad equidad, producto de las atenciones prestadas desde 11-07-22 a través de SOAT [x], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente	HUELLA	Acudiente o Representante	HUELLA
Firma Nombre Andres rueda C.C. 1005119794		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. 10025202955

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
ZOF67F	VICTORY	BOMBER 250	2022

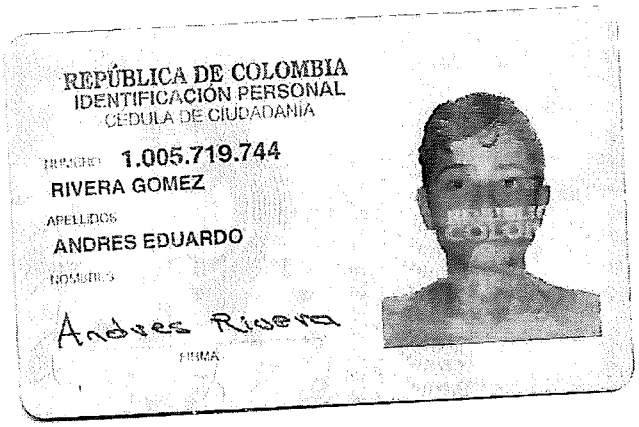
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
250	GRIS ASFALTO	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
RW172FMM220003199	N	9GFRPMCF2NHL00324

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GFRPMCF2NHL00324	N	9GFRPMCF2NHL00324	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
RIVERA GOMEZ ANDRES EDUARDO	C.C. 1005719744



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
20

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902021000170468

TE
|

FECHA IMPORT.
08/11/2021

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
03/02/2022

FECHA EXP. LIC. TTO.
03/02/2022

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA





LT07001381100



FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-2001
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

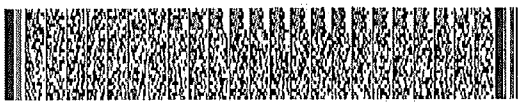
A+
G.S. RH

M
SEXO

12-ABR-2019 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-1900100-01081679-M-1005719744-20190709 0066125666A 1 7135431702

RUNT

Consulta SOAT 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.

Información general del SOAT

PLACA DEL VEHÍCULO:

ZOF67F

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad expide SOAT	Estado
80726061	01/02/2022	02/02/2022	01/02/2023	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
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 2022.09.24	10:26:38	2022.10.24

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 35717

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860021415 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: 140782,141687
FEC-HOR INGRES: 2022.06.08 - 06:45
FEC-HORA EGRESO: 2022.06.22 - 10:33

PACIENTE NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003808743 BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN
EDAD : 19 Años
DIRECCION: CALLE 2E N 32A -94 NEIVA
TELEFONO: 3112734627

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								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,819	4,819
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978258	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								1	0	0
219143-0	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.06.08	873206		JAB				1	56,300	56,300
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.06.08	873121		JAB				1	73,000	73,000
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.06.08	873121		JAB				1	73,000	73,000
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACROILIACAS Y COXO FEMORALES	2022.06.08	873411		JAB				1	62,000	62,000
21140	COLUMNA CERVICAL	2022.06.08	871010		JAB				1	92,300	92,300
21141	COLUMNA DORSAL O TORAXICA	2022.06.08	871020		JAB				1	90,300	90,300
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2022.06.08	871040		JAB				1	112,700	112,700
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.06.08	871121		JAB				1	80,000	80,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.06.08	871121		JAB				1	80,000	80,000
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.06.08	890302		FGR				1	57,700	57,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.06.22	890302		FGR				1	57,700	57,700
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2022.06.08	890701		JAB				1	65,700	65,700
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2022.06.08	S22101		GZM				1	23,700	23,700

VALOR BRUTO:	948,819	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	948,819

SON: NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2022.09.24 10:27:05 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA N
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LE

RREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE

Recibido!

12 de Octubre del 2022

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
Modalidad ELECTRONICA

una v **20003689** *18 Meses*
0000 AUTORIZA

Cufe: 3d05e1003f06d09c7fd74aa744846bcaa16ab70731653f1aba8e7ce690574ec7e963932188580286764e98f321ae16741

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 2022.09.24	10:26:38	2022.10.24

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 35717

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860021415 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: 140782,141687
CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2022.06.08 - 06:45
FEC-HORA EGRESO: 2022.06.22 - 10:33

PACIENTE NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003808743 BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN
EDAD : 19 Años
DIRECCION: CALLE 2E N 32A -94 NEIVA
TELEFONO: 3112734627
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								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,819	4,819
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								1	0	0
219143-0	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.06.08	873206		JAB				1	56,300	56,300
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.06.08	873121		JAB				1	73,000	73,000
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.06.08	873121		JAB				1	73,000	73,000
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACROILIACAS Y COXO FEMORALES	2022.06.08	873411		JAB				1	62,000	62,000
21140	COLUMNA CERVICAL	2022.06.08	871010		JAB				1	92,300	92,300
21141	COLUMNA DORSAL O TORAXICA	2022.06.08	871020		JAB				1	90,300	90,300
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2022.06.08	871040		JAB				1	112,700	112,700
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.06.08	871121		JAB				1	80,000	80,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.06.08	871121		JAB				1	80,000	80,000
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.06.08	890302		FGR				1	57,700	57,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.06.22	890302		FGR				1	57,700	57,700
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2022.06.08	890701		JAB				1	65,700	65,700
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2022.06.08	S22101		GZM				1	23,700	23,700

VALOR BRUTO:	948,819	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	948,819

SON: NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2022.09.24 10:27:05 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. 774 687 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: 18764013758512 De Fecha: 2021.05.28 por una vigencia de: 18 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00017086 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA

Cufe: 3d05e1003f06d09c7fd74aa744846bcaa16ab70731653f1aba8e7ce690574cc7e9c3932188580286764e98f321ae16741

FACTURA:	35717
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 908,819
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 40,000
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 2022.09.24	10:26:38	2022.10.24

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 35717

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860021415 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: 140782,141687
CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2022.06.08 - 06:45
FEC-HORA EGRESO: 2022.06.22 - 10:33

PACIENTE NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003808743 BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN
EDAD : 19 Años
DIRECCION: CALLE 2E N 32A -94 NEIVA
TELEFONO: 3112734627
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								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,819	4,819
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978258	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								1	0	0
219143-0	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2022.06.08	873206		JAB				1	56,300	56,300
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.06.08	873121		JAB				1	73,000	73,000
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.06.08	873121		JAB				1	73,000	73,000
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACROILIACAS Y COXO FEMORALES	2022.06.08	873411		JAB				1	62,000	62,000
21140	COLUMNA CERVICAL	2022.06.08	871010		JAB				1	92,300	92,300
21141	COLUMNA DORSAL O TORAXICA	2022.06.08	871020		JAB				1	90,300	90,300
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2022.06.08	871040		JAB				1	112,700	112,700
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.06.08	871121		JAB				1	80,000	80,000
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2022.06.08	871121		JAB				1	80,000	80,000
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.06.08	890302		FGR				1	57,700	57,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2022.06.22	890302		FGR				1	57,700	57,700
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2022.06.08	890701		JAB				1	65,700	65,700
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2022.06.08	S22101		GZM				1	23,700	23,700

VALOR BRUTO:	948,819	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	948,819

SON: NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2022.09.24 10:27:05 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. 774 687 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: 18764013758512 De Fecha: 2021.05.28 por una vigencia de: 18 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00017086 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA

Cufe: 3d05e1003f06d09c7fd74aa744846bcaa16ab70731653f1aba8e7ce690574cc7e9c3932186580806764e98f321ae16741

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

24

GT

Usuario JESUS ORLANDO ALARCON SUAREZ

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- 35717

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

BEDOYA — 1er.Apellido o Razon Social

MENESES — 2do.Apellido

NAIDY — 1er.Nombre

KATHERYN — 2do.Nombre

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

No. Documento: 1003808743

De: 41001

Fecha de Nacimiento: 2002/11/4

Sexo: F[X] M

Direcci?n: CALLE 2E N 32A -94

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3112734627

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: Explosi?n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

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

Direcci?n de la Ocurrencia: CALLE 2C CON CARRERA 29A

Fecha Evento/Accidente: 2022/06/8 Hora: 06:19

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 ZNO24F, ES COLISIONADA POR VEHICULO PARTICULAR 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: SUZUKI Placa: ZNO24F

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 8070478800 Cobro excedente P?liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2021/12/23 Hasta: 2022/12/22

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

BEDOYA — 1er.Apellido o Razon Social

MENESES — 2do.Apellido

NAIDY — 1er.Nombre

KATHERYN — 2do.Nombre

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

No. Documento 1003808743

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

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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
BEDOYA	MENESES

1er.Nombre	2do.Nombre
NAIDY	KATHERYN

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1003808743

Direcci¿n: CALLE 2E N 32A -94

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Tel¿fono:** 3112734627

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi¿n [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remisi¿n: / / a las

Prestador que remite: **C¿digo de inscripci¿n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¿n: / / a las

Prestador que recibe: **C¿digo de inscripci¿n:**

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 BBsica [ ] 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: 2022/06/8 a las 06:45

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA

Diagnostico relacionado de Ingreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Fecha de Egreso: 2022/06/22 a las 10:33

Diagnostico presuntivo de Egreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Diagnostico definitivo de Egreso
S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA

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
BAZAN	

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

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	948819	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 descripci¿n 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 instituci¿n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¿n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¿n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¿n 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 situaci¿n.

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

1003808743 - 51332

FECHA EMISION: 22.08.29
HORA: 09:41:35

PACIENTE: BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN

DOC.IDENT: CC 1003808743 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 2E N 32A -94
FCHA.NACTO: 02.11.04 EDAD: 19 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3112734627
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

SERVICIO DE INGRESO3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 22.06.08 HORA DE INGRESO: 06:45
SERVICIO DE EGRESO: - FECHA DE EGRESO: 22.06.22 HORA DE EGRESO: 10:33
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
CONFIRMADO: S300 - CONTUSION DE LA REGION LUMBAR Y DE LA PELVIS
RELACIONADO1: S400 - CONTUSION DE LOS HOMBROS
RELACIONADO2: S107 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL MULTIPLE DEL CUELLO

FECHA: 22.06.08-07:04:05 // 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 CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA ZNO24F, ES COLISIONADA POR VEHICULO PARTICULAR Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

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

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 06+45 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 IZQUIERDA, PELVIS, COLUMNA CERVICAL, DORSOLUMBAR, TOBILLO IZQUIERDO AMBOS HOMBROS NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, ABDOMEN, 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 *****

niega.

TA: 125/85 FC: 74 FR: 19 TEMP: 36.5 PESO: 55 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15

<<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, DOLOR A LA PALPACION
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, DOLOR A LA PALPACION REJA COSTAL IZQUIERDA, 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>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>

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

Pelvis estable DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma DOLOR A LA PALPACION COLUMNA DORSOLUMBAR. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN TOBILLO IZQUIERDO AMBOS HOMBROS . 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>>
ABRASIONES SUCIAS CON TIERRA EN: ANTEBRAZO Y RODILLA IZQUIERDA.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

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

RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VITALES ESTABLES CON DOLOR EN REJA COSTAL IZQUIERDA, PELVIS, COLUMNA CERVICAL, DORSOLUMBAR, TOBILLO IZQUIERDO AMBOS HOMBROS 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.

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.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARÁMETROS NORMALES.

FECHA: 22.06.08-07:10:51 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. GZM - MARIA DE LOS ANGELES GARZON - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)
>> DE LA EVOLUCION
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS,**

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

INDICACIONES TERAPEUTICAS) ***
SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 07:05 / 07:10 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 RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

FECHA: 22.06.08-07:48:09 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

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

PACIENTE CON CUADRO CLINICO ANOTADO, CON RX NORMALES EN CONTEXTO DE TRAUMA CON CAMBIOS ESCOLIOTICOS EN COLUMNA (C), SIN EMBARGO, POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA.

- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- CABECERA 30 °
- 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

RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR SE EVIDENCIA ESCOLIOSIS DORSAL IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA
RADIOGRAFIA DE PELVIS NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL) NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA

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

FECHA: 22.06.08-07:54:54 // 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 HEMITORAX IZQ, ANTEBRAZO IZQUIERDO Y RODILLA IZQ .
AL EXAMEN FISICO: HEMITORAX IZQ DOLOR DIFUSO APALPOACION , ANTEBRAZO IZQ ESCORIACION EDEMA Y DOLOR EN CARA PSOTERIOR . RODILLA IZQ ESCOERIACIONEDEMA Y DOLOR . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES Y ESCORIACIONES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 2 DIAS

FECHA: 22.06.08-08:21:37 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

*** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA

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

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 120, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 120, VIA: ORAL

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

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.06.08-08:21:02 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

>> DE LA EVOLUCION
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE DE 24 AÑOS, QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMADESCRITO , EN EL MOMENTO EN BUENA CONDICION GENERAL, ALERTA, CLINICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, AL EXAMEN FISICO NEUROVASCULAR NORMAL, GLASGOW 15/15, CUENTA CON REPORTE RADIOLOGICO DENTRO DE LIMITES NORMALES, VALORADO POR SERVICIO DE **ORTOPEDIA*** CONSIDERANDO CUADRO DE CONTUSIONES Y ABRACIONES ,
CON EVOLUCION FAVORABLE, CON MODULACION DEL DOLOR ADECUADA, ANTE LO CUAL SE INDICA EGRESO HOSPITALARIO CON MANEJO ANALGESICO, SE INDICA CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA, SE GENERA INCAPACIDAD, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE COMPRENDER Y ACEPTAR.

PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 2 DIAS

FECHA: 22.06.22-10:13:21 // 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 COTINUA CON DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO Y RODILLA IZQUIERDA Y CADERA IZQUIERDA LUEGO DEL ACCIDNETE DE YTRANSITO

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 08 DE JUNIO DEL 2022 CON TRAUMA EN HEMITORAX IZQUIERDO, ANTEBRAZO , RODILLA IZQUIERDA , CADERA IZQUIERDA

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

TA: 110/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

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

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

*** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
ALTA

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.06.22-10:33:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S202 - CONTUSION DEL TORAX		
RELACIONADO 1:	S700 - CONTUSION DE LA CADERA		
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

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 140782

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -140782 **Fecha** 2022/06/8

Nombre Paciente: BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN - 1003808743 **Edad:** 19 **Sexo:** F

Quien Realiza: GZM- MARIA DE LOS ANGELES GARZON **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBAR Y DE LA PELVIS
2. S900-CONTUSION DEL TOBILLO IZQUIERDO
3. S400-CONTUSION DE LOS HOMBROS
4. S107-TRAUMATISMO SUPERFICIAL MULTIPLE DEL CUELLO
5. S203-OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
6. M546-DOLOR EN LA COLUMNA DORSAL

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBAR Y DE LA PELVIS
2. S900-CONTUSION DEL TOBILLO IZQUIERDO
3. S400-CONTUSION DE LOS HOMBROS
4. S107-TRAUMATISMO SUPERFICIAL MULTIPLE DEL CUELLO
5. S203-OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
6. M546-DOLOR EN LA COLUMNA DORSAL

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 RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,29-Ago-2022 09:42:0

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:	2022.06.0 06:45
001 0 SOAT	OTRO REGIMEN	19 Años		Fecha Egreso :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:		MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1003808743 BEDOYA MENESES NAIDY	1 NIVEL I		NEIVA	CALLE 2E N 32A -94	3112734627

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2022.06.08	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	GZM	10.00
2022.06.08	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	GZM	10.00
2022.06.08	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	GZM	6.00
2022.06.08	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	GZM	1.00
2022.06.08	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	GZM	1.00
2022.06.08	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C C.	GZM	1.00

PACIENTE: 1003808743 BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN **EDAD:** 19

DIRECCION: CALLE 2E N 32A -94 **TELEFONO:** 3112734627

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-50972 **FECHA SINIESTRO:** 2022.06.08 **Nº POLIZA:** 8070478800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	miércoles, 8 de junio de 2022					
07:05:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	MLD	
07:05:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	MLD	
07:05:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -163476

FECHA EMISION:	2022.06.08
HORA:	08:27:43
PAGINA No:	1

USUARIO: BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN **FECHA DE PEDIDO:** 2022/06/8

DOC.IDENT: CC 1003808743 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. JUAN DAVID PALOMINO LUNA

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
		TOTAL CANTIDAD:	40.00

Naidy Katheryn B.

Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

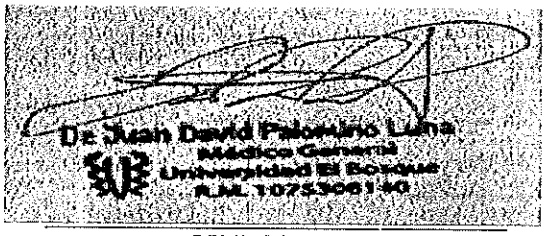
DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN No. Identif. 1003808743 Edad. 19

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2022.06.08

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 5 DIAS
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	1 TAB CADA 8 HORAS



MEDICO

FARMACIA

Naidy Katheryn B.

PACIENTE

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110161
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	22.08.29
HORA:	09:42:21
PAGINA No:	1

Numero: 69598 Fecha Ex. 08/06/22 Hcra 09:13
Nombre Paciente: 1003808743 BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN
Dirección: CALLE 2E N 32A -94 Telefono:3112734627 Edad:19 A Sexo:F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro derecho observándose la articulación escapula humeral con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro izquierdo observándose la articulación escapula humeral con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR

*HALLAZGOS

Hay proyecciones panorámicas AP y lateral de la columna dorso lumbar.
En la proyección panorámica AP de la columna dorso lumbar se advierte importante escoliosis dorsal media baja de con cavidad izquierda.
Los pedículos de las vertebras dorsales y lumbares aparentes no muestran alteraciones.
En las placas laterales los cuerpos vertebrales aparentes de la columna dorso lumbar y de la columna lumbar tienen 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 AP del tórax con paciente en decúbito dorsal que muestra trama bronco vascular para biliar acentuada especialmente en la área para biliar derecha.
No hay focos pulmonares consolidativos ni otras alteraciones de carácter evolutivo.
Mediastino magnificado con un pedículo cardio aórtico dentro de límites usuales, con imagen de prominencia del cono de la pulmonar.
No hay cardiomegalia.
Como hallazgo incidental se observa escoliosis dorsal baja de con cavidad izquierda.

RADIOGRAFIA DE PELVIS

*HALLAZGOS

Proyección AP 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.
Moderada reacción esclerótica de articulaciones sacro iliacas.

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

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	22.08.29
HORA:	09:42:21
PAGINA No:	2

Numero: 69598 Fecha Ex. 08/06/22 Hora 09:22
Nombre Paciente: 1003803743 BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN
Dirección: CALLE 2E N 32A -94 Telefono:3112734627 Edad:19 A Sexo:F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR Prioridad: ALTA

LECTURA

conservadas.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA

*HALLAZGOS

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

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:	22.08.29
HORA:	09:42:32
PAGINA No:	1

Numero: 69599 Fecha Ex. 08/06/22 Hcra 09:25
Nombre Paciente: 1003808743 BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN
Dirección: CALLE 2E N 32A -94 Telefono:3112734627 Edad:19 A Sexc:F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

*HALLAZGOS

Hay una placa AP de la columna cervical observándose un alineamiento adecuado de la columna cervical.
Los cuerpos vertebrales tienen altura alineamiento y densidad ósea normales.
Los pedículos de las vértebras cervicales esta conservados.
No hay placa lateral.

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 6149 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 08/06/22

Señores
Equidad.
Ciudad

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

Yo Nardy Katherin Becerra Moreno identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1083608013, 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

Nardy Katherin B.

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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

A

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Unidad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024889241

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
ZNO24F	SUZUKI	VIVA R COOL	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
113	NEGRO	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
E482-231583	N	9FSBE4EW5NC109853

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FSBE4EW5NC109853	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
BEDOYA MENESES NAIDY KATHERYN	C.C. 1003808743

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.803.743
BEDOYA MENESES

APELLIDOS
NAIDY KATHERYN

NOMBRES

Naidy Katheryn B.

FIRMA



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
8

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
162021000015085

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

TE FECHA IMPORT.
I 14/12/2021

PUERTAS
0

FECHA MATRÍCULA
23/12/2021

FECHA EXP. L.C. TTO.
23/12/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT07001255404



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-2002

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

04-NOV-2020 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADURÍA NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P:1900100-01177277 F-10038(8743-20201110 0072376061A 1 8500921403

RUNT

Consulta SOAT

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.

Información general del SOAT

PLACA DEL VEHÍCULO:

ZNO24F

PAÍS DE MATRICULA:

COLOMBIA

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Tipo tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8070478800	22/12/2021	23/12/2021	22/12/2022	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 02:21:10 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC135717

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2022-09-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3d05e1003f06d09c7fd74aa744846bcaa16ab70731853f1aba8e7ce6905746c7e96393218858286764e98f321ae16741

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
948819

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2022-10-24 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
2bb6f0330d02373c5511389248e4b290e27d6d1b6e03cc228467343f06e64b9743fc04520fc6e9fcfe720e6270fba38e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2022-09-24 10:27:05.000 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

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 02:21:10 PM
Página: 2

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC135717

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2022-09-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3d05e1003f06d09c7fd74aa744846bcaa16ab70731853f1aba8e7ce6905746c7e96393218858286764e98f321ae16741

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

CUDE:
5e27f18e9c383ed3728b0a0da9ba029a9cdd07a1b0840654b3b135ce44f4bfdd9f0d29d262f26ce6cc49ef094ec3b77f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2022-09-24 03:32:05.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
59959621fc28acfaf9b9d6a0aa9ce6e69e4d90cd3d6623cca1ff7eb643ca05974eae8cf1f20f22ed21d9623950d54ad6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2022-10-06 12:00:00.000 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 02:21:10 PM
Página: 3

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC135717

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2022-09-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3d05e1003f06d09c7fd74aa744846bcaa16ab70731853f1aba8e7ce6905746c7e96393218858286764e98f321ae16741

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
94b88a31a0e0939c4d5368609127902df0fdd7d911fa1911d691bf8dfba4a2392aa27f910fb706e88c12cf1edb088db1

FECHA DE VALIDACIÓN:
2022-10-06 12:00:00.000 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 ,2023.10.06	17:44:02	2023.11.05

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52903

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 164787
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES 2023.08.15 - 02:00
FEC-HORA EGRESO 2023.08.15 - 08:38

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA **EDAD :** 45 Años
DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA SANTA MARIA **TELEFONO:** 3023806501
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											
	CANULA NASAL ADULTOS								1	4,500	4,500
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
	INCENTIVO RESPIRATORIO PSB								1	45,000	45,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	500
	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								281	600	168,600
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.15	873121		ARS				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.15	873121		ARS				1	81,400	81,400
21712	TORAX	2023.08.15	879301		ARS				1	648,100	648,100
OTROS											
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.08.15	890602		DAO				1	55,100	55,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.15	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.08.15	890701		ARS				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	1,471,108	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,471,108

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.06 05:46:49 PM

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

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SU
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: C.
ODIGO DEL COMERCIO
.110.181-9
Autorizacion de facturacion de la Dian: 187
Modalidad ELECTRONICA De
ia vigencia de: 12 Meses
00 AUTORIZA
Cufe: d6cdb079783278ed376aada6789fd2535dfb0ac06a5ae19
964aecae055
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D
JILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P
COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
3 de Noviembre del 2023
20206622

equidad seguros

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 ,2023.10.06	17:44:02	2023.11.05

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52903

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 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 164787
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES 2023.08.15 - 02:00
FEC-HORA EGRESO 2023.08.15 - 08:38

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA **EDAD :** 45 Años
DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA SANTA MARIA **TELEFONO:** 3023806501
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											
	CANULA NASAL ADULTOS								1	4,500	4,500
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
	INCENTIVO RESPIRATORIO PSB								1	45,000	45,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	0	0
19906969	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	500
	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								281	600	168,600
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.15	873121		ARS				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.08.15	873121		ARS				1	81,400	81,400
21712	TORAX	2023.08.15	879301		ARS				1	648,100	648,100
OTROS											
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.08.15	890602		DAO				1	55,100	55,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.15	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.08.15	890701		ARS				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	1,471,108	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,471,108

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.06 05:46:49 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: d6cdb079783278ed376aada6789fd2535dfb0ac06a5ae1961a360ebd3121cdace8907049b4152408acce0964aecac9f5

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:	52903
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 823,008
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 648,100
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

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- 52903

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
CARVAJAL	SANTOFIMIO

1er.Nombre	2do.Nombre
ALIX	YOHANA

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS [ ] PT **No. Documento:** 55115679

De: 41676 **Fecha de Nacimiento:** 1978/05/3 **Sexo:** [X] F [ ] M

Direcci¾n: VEREDA LA CABAÑA

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3023806501

Municipio: SANTA MARIA **Cod.** 676

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 3 VIA SANTA MARIA VEREDA LA CABAÑA

Fecha Evento/Accidente: 2023/08/14 **Hora:** 20:00

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: SANTA MARIA **Cod.** 676 **Zona:** [ ] U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA OTA51E QUIEN POR EL MAL ESTADOD E LA VIA PIERDE EL CONTROL Y SE LEVANTA LA MOTO Y CAE HACIA ATRAS 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:** OTA51E

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 8107771400 **Cobro excedente P¾liza** **Si** [ ] **No** [X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2023/03/31 **Hasta:** 2024/03/30

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CARVAJAL	ZABALETA

1er.Nombre	2do.Nombre
FABIAN	FERNANDO

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC **No. Documento** 1079606730

Direccion: VEREDA LA CABAÑA

Departamento: CUNDINAMARCA **Cod.** 25

Municipio: SOACHA **Cod.** 754 **Telefono:** 3133294350 **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
BECERRA	LEON

1er.Nombre	2do.Nombre
JOSE	FERNANDO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 83116688

Direcci¾n: VEREDA LA CABAÑA

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3213061906

Municipio: SANTA MARIA **Cod.** 676

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/08/14 a las 23:46

Prestador que remite: ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN **C¾digo de inscripci¾n:** 416760041501

Direccion: CARRERA 8 N 15 16 **Telefono:** 479693 HUILA-SANTA MARIA

Profesional que Remite: SANDRA PATRICIA TRUJILLO CA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/08/14 a las 00:01

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: 2023/08/15 **a las** 02:00

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Fecha de Egreso: 2023/08/15 **a las** 08:38

Diagnostico presuntivo de Egreso
S223 FRACTURA DE COSTILLA

Diagnostico definitivo de Egreso
S270 NEUMOTORAX TRAUMATICO

Diagnostico relacionado de Egreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
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	1471108	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. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT: CC 55115679 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA
FCHA.NACTO: 1978.05.03 EDAD: 45 A CIUDAD: SANTA MARIA TEL: 3023806501
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: B+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.08.15 HORA DE INGRESO: 02:00
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.08.15 HORA DE EGRESO: 08:38
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO1: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
RELACIONADO2: S202 - CONTUSION DEL TORAX

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.15-02:14:54 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 OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA OTA51E QUIEN POR EL MAL ESTADOD E LA VIA PIERDE EL CONTROL Y SE LEVANTA LA MOTO Y CAE HACIA ATRAS SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 02+00
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL- SANTA MARIA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA 14/08/2023 CUANDO SE MOVILIZABA EN VEHICULO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON ANALGESICOS POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPEROR DERECHO

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: 115/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 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 , PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO PREDOMINIO EN AREA DORSAL Y EN REBORDE COSTAL, DOLOR A LA MOVILIDAD EN TORSO.
<<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. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: ABRASION EDEMA LEVE DOLOR EN PIERNA DEREHA, PRESENA DOLOR ALA PALPACION Y MOVILIDAD EN HOMBRO IZQUIERDO, PREDOMINIO DEL DOLOR A NIVEL ESCAPULAR.NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
LO YA DESCRITO
<<FANERAS>>
LO YA DESCRITO

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 45 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

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: UN GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 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

17

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.08.15-06:20:37 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 DE TORAX: NEUMOTORAX DE ESCASA CUANTIA, HEMOTORA LAMINAR, FRACTURA DEL 6 Y 7 ARCO COSTAL IZQUIERDO , SIENDO LA ULTIMA NO DESPLAZADA.
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

*** FECHA: 23.08.15-06:30:41 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: DADO HALLAZGO IMAGENOLOGICO SE INICIA MANEJO DE NEUMOTRAX CON OXIGENO VIA SISTEMA DE BAJO FLUJO .
SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR EN LENGUAJE SENCILLO Y CLARO, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

** PLAN DE MANEJO:
OXIGENO VIA CANULA NASAL A 2 LPM

*** FECHA: 23.08.15-07:52:48 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 HOMBRO Y PIERNA DERECHA , TRAUMA DE TORAX
AL EXAMEN FISICO: ABRASION EDEMA LEVE DOLOR EN PIERNA DEREHA, PRESENA DOLOR ALA PALPACION Y MOVILIDAD EN HOMBRO IZQUIERDO, PREDOMINIO DEL DOLOR A NIVEL ESCAPULAR NEUROVASCULAR NORMAL. DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO
TAC DE TORAX: NEUMOTORAX DE ESCASA CUANTIA, HEMOTORA LAMINAR, FRACTURA DEL 6 Y 7 ARCO COSTAL IZQUIERDO , SIENDO LA ULTIMA NO DESPLAZADA.
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

DX: POLITRAUMA
FRACTURAS COSTALES

** PLAN DE MANEJO:
PLAN:ALTA POR ORTOPEDIA
PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

*** FECHA: 23.08.15-08:08:29 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. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

** EVOLUCION:
CIRUGIA GENERAL
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO,
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 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: NEUMOTORAX DE ESCASA CUANTIA, HEMOTORA LAMINAR, FRACTURA DEL 6 Y 7 ARCO COSTAL IZQUIERDO , SIENDO LA ULTIMA NO DESPLAZADA.

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX
FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTLES IZQUIERDOS
NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%

PACIENTE CON NEUMOTORAX PEQUEÑO, SE INICIA TRATAMIENTO CON OXIGENOTERPIA, ANALGESIA , TERAPIA RESPIRATORIA, Y TOMA DE TAC DE CONTROL MAÑANA,.

PLAN:
DIETA NORMAL
SSN A 40 ML HORA
OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS PERMANENTE
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 12 HORAS
TRAMADOL 50 MG IV CADA 8 HORAS
TERAPIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
SS TAC DE TORAX SIMPLE DE CONTORL MAÑANA.
HOSPITALIZAR
CSV AC

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.08.15-08:38:00 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 REMITIDA DE PRIMER NIVEL SE CONTINUAU MANEJO Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:
1 - NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

2 - HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO.
3 - TRAUMA CERRADO DE TORAX
4 - FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTLES IZQUIERDOS
5 - CONTUSIONES.

SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 98% OXIGENO POR CANULA NASAL.
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 VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN DESCARTA LESIONES EN EXTREMIDADES, VALORADA POR CIRUGIA GENERAL QUIEN AJUSTA MANEJO E INDICA HOSPITALIZAR, SE CARGAN ORDENES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE TORAX TOMAR 16/08/2023 A LAS 07 AM

** PLAN DE MANEJO:
** OTROS:

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

** TERAPIAS:

TERAPIA E INCENTIVO RESPIRATORIO

** JUSTIFICACION **
NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.--- HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO. - FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTLES IZQUIERDOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 1, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DIETA NORMAL.
OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS PERMANENTE
HOSPITALIZAR PARA SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.

*** FECHA: 23.08.15-08:38:36 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:

14

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

EPICRISIS No. 59046

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.15-08:38:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S270 - NEUMOTORAX TRAUMATICO		
RELACIONADO 1:	S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA		
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

Alicia María del Pil
Rod Serrano
Medicina General
R M 1075 269 209

DR@. ALICIA MARIA DEL PILAR ROA
SER
REG. MED: 1075269209

PACIENTE: 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA **EDAD:** 45

DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA **TELEFONO:** 3023806501

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-58207 **FECHA SINIESTRO:** 2023.08.15 **N° POLIZA:** 8107771400

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 15 de agosto de 2023						
02:15:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI	
02:15:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
02:15:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
02:15:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
02:15:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	DANI	
02:15:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	DANI	
02:15:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
08:39:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:39:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:39:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
08:39:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 14.00

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ADMISION No. **164787**

PACIENTE: 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

EDAD: 45

DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA **TELEFONO:** 3023806501

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

HOJA PARA REGISTRO SUMINITRO DE OXIGENO

DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	L/M	FECHA/HORA INI	FECHA/HORA FIN	MINUTOS	APLICO	T.LITROS
CANULA 2 LTS - 28%	2	2023.08.15/6:31	2023.08.15/8:08	97	BRC1	194.00
CANULA 3 LTS - 32%	3	2023.08.15/8:09	2023.08.15/8:38	29	BRC1	87.00
					TOTAL LTS:	281.00

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.10.14
HORA:	11:01:15
PAGINA No:	1

Numero: 81775 Fecha Ex. 15/08/23 Hora 08:58
Nombre Paciente: 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA
Dirección: VEREDA LA CABAÑA Telefono:3023806501 Edad:45 A Sexo:F
Medico: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE TORAX Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

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

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.

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 advierten focos de fracturas sin mayor desplazamiento de la 6° y 7° costilla izquierda en su aspecto posterior.
Hay moderado edema de tejidos blandos adyacentes a los focos de facturas.
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.
Llama la atención la presencia de cámara de neumotórax hacia el tercio medio e inferior del hemitórax izquierdo en su aspecto anterior, con un espesor máximo de 8MM.
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.

FIRMA _____

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

10

CLÍNICA 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, 15-05-2023

Señores:
Seguridad
Ciudad Neiva.

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

Yo Alix yohana Canagal identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 55156399, 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 Seguridad, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Alix Yohana Canagal

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

9

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010024
Carrera 8 No. 15 - 16

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10014064
Historia Clínica No.
55115679

Fecha de remisión lunes, 14 de agosto de 2023 **Institución a la que se contrarremite** 410010056201
Razon Social HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

UBICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
ALIX YOHANA CARVAJAL SANTOFIMIO	CC No. 55115679	03 - may - 1978	COLOMBIA	HUILA	SANTA MARIA	45 años	F

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
SANTA MARIA LA PLANTA	3133180032	HUILA	SANTA MARIA	r

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE

Entidad LA EQUIDAD SEGUROS **Regimén entidad** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

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

REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	lunes, 14 de agosto de 2023	**Fecha de Egreso:**	lunes, 14 de agosto 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	23:46	**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

REVISION SISTEMAS - EXAMEN FISICO

Motivo de la Consulta:
ME CAI Y ME GOLPE"

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE FEMENINA, DE 45 AÑOS DE EDAD, AMA DE CASA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN LA VEREDA LA CABALA, DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA - HUILA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION, (A LAS 20:00), AL INGRESO, CONSISTENTE EN TRAUMA EN REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, AL CAER DE LA MOTOCOCLETA DE MARCA YAMAHA Y DE PLACAS OTA51E, CUANDO EL CONDUCTOR PIERDE EL EQUILIBTIO DE LA MISMA, MIENTRAS SE DESPLAZABAN POR EL KILOMETRO 3, VIA SANTA MARIA - VEREDA LA CABAÑA, CPN POSTERIOR DOLOR DEL AREA LESIONADA, NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR, POR LO CUAL DECIDEN CONSULTAR.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS NIEGA
QX: POMEROY
TOXICOALERGICOS NIEGA

PACIENTE NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA CON COVID 19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA SINTOMAS RSPIRATORIOS, DOLOR EN EL PECHO, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA.

FAMILIARES
Hipertension ABUELA MATERNA
Diabetes ABUELA PATERNA
PATOLOGICOS
NIEGA
FARMACOLOGICOS
NIEGA
HOSPITALARIOS
NIEGA
QUIRURGICOS
Pomeroy
TRAUMATICOS
NIEGA
GINECOBSTETRICOS
Ultima Menstruación pomeroy
TOXICOS
Exposicion al humo de leña
ALERGICOS
NIEGA

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010024
Carrera 8 No. 15 - 16

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10014064
Historia Clínica No.
55115679

ODONTOLOGICOS
Frecuencia Cepillado 2 VECES
Tratamiento Recibido LIMPIEZA

REVISION X SISTEMAS
Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere
Tensión Arterial: 135 / 75 //Frecuencia Cardiaca: 101 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 63 //Talla: 155 //I.M.C.: 26.2226847034339 -

EXAMEN FÍSICO
*Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: TORAX: SIMETRICO, SIN RETRACCIONES, NORMOEXPANSIBLE; PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, PUÑO PERCUSION LUMBAR NEGATIVA. *Extremidades: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, DOLOR A LA PALPACION DE LA REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERAL, NO SE PALPAN MASAS NI DEFORMIDADES, PULSOS CONSERVADOS, SIMETRICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, FONDO DE OJO NORMAL, NO SIGNOS MENINGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, ROT ++/++++. *Psiquiátrico: Normal

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

Causa externa de la consulta: Enfermedad general

Plan o Conducta a Seguir
DIC LOFENACO, APLICAR 75 MG IM, AHORA
DIPIRONA, APLICAR 1 G IV, LENTO Y DILUIDO, AHORA

REVISAR ORDENES MEDICAS
SSN 0.9% 500 CC EN BOILO, CONTINUAR A 80 CC/H
REMITIR TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA
PROTOCOLO PREVENCION DE CAIDAS
PROTOCOLO PREVENCION ULCERAS DE PRESION
PROTOCOLO PREVENCION INFECCION ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
CONTROL DE SIGNOS VITALES - AVISAR CAMBIOS- Solucion salina 500 ml 0.9% solución inyectable Laboratorio: Casa Laboratorio Generico 500 CC EN BOLO, CONTINUAR A 80 CC/H 2
Diprona 40 - 50% (1gramo) solución inyectable Laboratorio: Casa Laboratorio Generico 1 G IV 1
Diclofenaco sódico 75 mg/3 mL solución inyectable Laboratorio: Casa Laboratorio Generico 75 MG IM 1

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Ingreso (S208) TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX
Dx. Relacionado1: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
Dx. Salida ó Principal:(S208)TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX

Analisis Dx PACIENTE FEMENINA, DE 45 AÑOS DE EDAD, AMA DE CASA, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION, (A LAS 20:00), AL INGRESO, CONSISTENTE EN TRAUMA EN REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, AL CAER DE LA MOTOCOCLETA DE MARCA YAMAHA Y DE PLACAS OTA51E, CUANDO EL CONDUCTOR PIERDE EL EQUILIBTIO DE LA MISMA, MIENTRAS SE DESPLAZABAN POR EL KILOMETRO 3, VIA SANTA MARIA - VEREDA LA CABAÑA, CPN POSTERIOR DOLOR DEL AREA LESIONADA, NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR, POR LO CUAL DECIDEN CONSULTAR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES EN META, CON DOLOR A LA PALPACION DE LA REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERAL, NO SE PALPAN MASAS NI DEFORMIDADES, A QUIEN SE INGRESARA PARA MANEJO MEDICO Y SEGÚN EVOLUCION, SE DEFINIRAN CONDUCTAS ADICIONALES.

PACIENTE REFIERE CONTINUAR CON DOLOR TIPO PUNZADA EN OMOPLATO LESIONADO, QUE SE IRRADIA A TORAX ANTERIOR, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOCIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERA, POR LO QUE SE CONSODERA INICIAR TRAMITES DE REMISION ANIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y VALORACION POR ORTOPEDIA.

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE CLARAMENTE SU DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, TRATAMIENTO, CONDUCTA A SEGUIR, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA DEL USO DE LOS EPP SUMINITRADOS POR LA ENTIDAD, PARA PREVENIR EL CONTAGIO DEL COVID 19 (BATA MANGA LARGA, CORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

PLAN:

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010024
Carrera 8 No. 15 - 16

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10014064
Historia Clínica No.
55115679

- DICLOFENACO, APLICAR 75 MG IM, AHORA
- DIPIRONA, APLICAR 1 G IV, LENTO Y DILUIDO, AHORA

NUEVAS ORDENES MEDICAS
- SSN 0.9% 500 CC EN BOILO, CONTINUAR A 80 CC/H
- INICIAR TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA
- PROTOCOLO PREVENCION DE CAIDAS
- PROTOCOLO PREVENCION ULCERAS DE PRESION
- PROTOCOLO PREVENCION INFECCION ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
- CONTROL DE SIGNOS VITALES - AVISAR CAMBIOS

Diagnóstico por el cual se remite: S208 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX

JUSTIFICACION

PACIENTE FEMENINA, DE 45 AÑOS DE EDAD, AMA DE CASA, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION, (A LAS 20:00), AL INGRESO, CONSISTENTE EN TRAUMA EN REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, AL CAER DE LA MOTOCOCLETA DE MARCA YAMAHA Y DE PLACAS OTA51E, DANDO EL CONDUCTOR PIERDE EL EQUILIBTIO DE LA MISMA, MIENTRAS SE DESPLAZABAN POR EL KILOMETRO 3, VIA SANTA MARIA - VEREDA LA ABANA, CPN POSTERIOR DOLOR DEL AREA LESIONADA, NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR, POR LO CUAL DECIDEN CONSULTAR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES EN META, CON DOLOR A LA PALPACION DE LA REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERAL, NO SE PALPAN MASAS NI DEFORMIDADES, A QUIEN SE INGRESARA PARA MANEJO MEDICO Y SEGÚN EVOLUCION, SE DEFINIRAN CONDUCTAS ADICIONALES.

PACIENTE REFIERE CONTINUAR CON DOLOR TIPO PUNZADA EN OMOPLATO LESIONADO, QUE SE IRRADIA A TORAX ANTERIOR, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOCIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERA, POR LO QUE SE CONSODERA INICIAR TRAMITES DE REMISION ANIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y VALORACION POR ORTOPEDIA.

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE CLARAMENTE SU DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, TRATAMIENTO, CONDUCTA A SEGUIR, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA DEL USO DE LOS EPP SUMINITRADOS POR LA ENTIDAD, PARA PREVENIR EL CONTAGIO DEL COVID 19 (BATA MANGA LARGA, CORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Resultados Exames

SANDRA PATRICIA TRUJILLO CA
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 55159377

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.115.679
CARVAJAL SANTOFIMIO

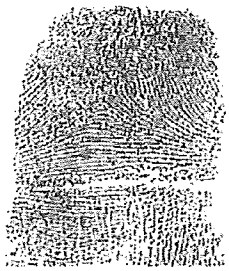
APELLIDOS
ALIX YOHANA

NOMBRES

ALIX YOHANA C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1978
SANTA MARIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | B+ G.S RH | F SEXO

10-SEP-1997 SANTA MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1907400-00245136 F 0055115679-20100717 0022836251A 1 30945121

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

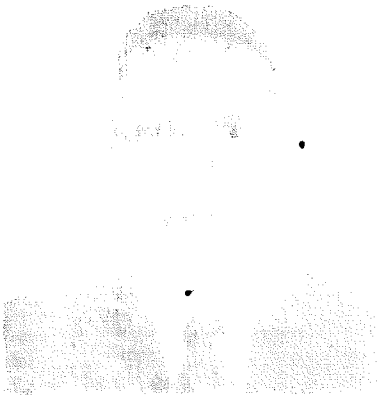
NUMERO **83.116.686**

BECERRA LEON

APELLIDOS

JOSE FERNANDO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-1975

SANTA MARIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

07-MAR-1995 SANTA MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A 1907400 00179793-M-0083116683-20090919 0016273930A 1 3090000

Conductor Motocicleta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028528847

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OTA51E	YAMAHA	FZN150D (FZ-S)	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	GRIS AMARILLO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD (Kgrs.)
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
G3ESE0052045	N	9FKRG2162J2052045

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FKRG2162J2052045	N

PROPIETARIO. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACION
CARVAJAL ZABALETA FABIAN HERNANDO	C.C. 1079606730

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

DECLARACION DE IMPORTACION	VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
902017000142473		25/07/2017	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
02/08/2017	27/02/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA MCPAL DE SOACHA

LT0700228040G

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL		HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	
2023-03-30		2023-03-31		2024-03-30

No. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8107771400	OTA51E	MOTOS	PARTICULAR	149	2018

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	YAMAHA	

LÍNEA VEHÍCULO: FZN150D (FZ-S)

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
G3E9E0052045	9FKRG2162J2052045	9FKRG2162J2052045	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CARVAJAL ZABALETA, FABIAN HERNANDO	3133294350	CC	1079606730	SANTA MARIA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911006739013	0	SANTA MARIA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 181700	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278200

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS	263,13 [1] / 701,68 [2] UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750

FIRMA AUTORIZADA

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

Tenga usted 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.
- Evite 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 victimas 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.
- Ningun 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

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:	OTA51E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028528847	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	FZN150D (FZ-S)
MODELO:	2018	COLOR:	GRIS AMARILLO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	G3E9E0052045
NÚMERO DE CHASIS:	9FKRG2162J2052045	NÚMERO DE VIN:	9FKRG2162J2052045
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	02/08/2017
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA MCPAL DE SOACHA	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
8107771400	30/03/2023	31/03/2023	30/03/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
1821506	11/03/2022	12/03/2022	11/03/2023	120	LIBERTY SEGUROS S.A.	NO VIGENTE
14696300000640	06/12/2020	07/12/2020	06/12/2021	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
13734900003480	02/08/2019	03/08/2019	02/08/2020	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 03:19:00 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC152903

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-06 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
d6cdb079783278ed376aada6789fd2535dfb0ac06a5ae1961a360ebd3121cdace8907049b4152408acce0964aecae9f5

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1471108

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-05 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
6fa75d4f0d8d519120b9ee72d2dd9ed9227d01be823fc0833dad56404f1a8c6a59cb10740e851438f59d1cbe84c44040

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-06 05:46:49.000 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. FEC152903

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-06 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
d6cdb079783278ed376aada6789fd2535dfb0ac06a5ae1961a360ebd3121cdace8907049b4152408acce0964aecae9f5

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

CUDE:
8f26bbe60e3105aab3e28ba5dee5499fb9fb44bfc4b5af1337dce841e461bc33cee899fd34ce1c82af7143bd329b5a3d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-06 10:55:43.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
a81ca701dc1dde0b862321611cf5d9dde70dcc1b7ae6c0f03f360bd22f2d2e92cc75f6f3296ea8e8fe8495c25afaad79

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-03 05:03:58.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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. FEC152903

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-06 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
d6cdb079783278ed376aada6789fd2535dfb0ac06a5ae1961a360ebd3121cdace8907049b4152408acce0964aecae9f5

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

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 ,2023.10.06	17:46:31	2023.11.05

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52904

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: HOSPITALIZACION
ORDEN SS: 164801,165464,165692

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.08.15 - 02:00
FEC-HORA EGRESO: 2023.08.29 - 10:34

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA
EDAD : 45 Años Dias estancia 1
DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA SANTA MARIA TELEFONO: 3023806501

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								7	500	3,500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								7	3,758	26,306
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								4	2,500	10,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								3	3,387	10,161
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								8	250	2,000
	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								4569	600	2,741,400
IMAGENES DX											
21712	TORAX	2023.08.15	879301		MJJ				1	648,100	648,100
OTROS											
29117	TERAPIA RESPIRATORIA: HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO, PERCUSION, DRENAJE Y EJERCICIOS RESPIRATORIOS), SESION	2023.08.15	939400		MLP				1	28,600	28,600
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.08.16	890602		DAO				1	74,600	74,600
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.29	890302		HJC				1	64,500	64,500

VALOR BRUTO:	3,931,551	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,931,551

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.06 05:49:20 PM

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

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SU
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: C.
ODIGO DEL COMERCIO
). 110. 181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 187
Modalidad ELECTRONICA De
ia vigencia de: 12 Meses
00 AUTORIZA

Cufe: be80da723eee74a66653444916f450e2f56c7a487c0d428 6fd40e5c37c
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D JILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Provista Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
3 de Noviembre del 2023
20206623

78

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 ,2023.10.06	17:46:31	2023.11.05

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52904

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

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: HOSPITALIZACION
ORDEN SS: 164801,165464,165592
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2023.08.15 - 02:00 2023.08.29 - 10:34

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA
EDAD : 45 Años Dias estancia 1
DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA SANTA MARIA TELEFONO: 3023806501
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								7	500	3,500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								7	3,758	26,306
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								4	2,500	10,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								3	3,387	10,161
19906969	ACETAMINOFEN 500 MG								8	250	2,000
	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								4569	600	2,741,400
IMAGENES DX											
21712	TORAX	2023.08.15	879301		MJJ				1	648,100	648,100
OTROS											
29117	TERAPIA RESPIRATORIA: HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO, PERCUSION, DRENAJE Y EJERCICIOS RESPIRATORIOS), SESION	2023.08.15	939400		MLP				1	28,600	28,600
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.08.16	890602		DAO				1	74,600	74,600
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.29	890302		HJC				1	64,500	64,500

VALOR BRUTO:	3,931,551	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,931,551

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.06 05:49:20 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: be80da723eee74a66653444916f450e2f56c7a487d0d4285650d2131107a182fcd940ee840ed85d73148f6fd40e5c37c

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:	52904
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,190,151
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,741,400
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

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- 52904

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
CARVAJAL	SANTOFIMIO

1er.Nombre	2do.Nombre
ALIX	YOHANA

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT No. Documento: 55115679

De: 41676 Fecha de Nacimiento: 1978/05/3 Sexo: F[X] M

Direcci¾n: VEREDA LA CABAÑA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3023806501

Municipio: SANTA MARIA Cod. 676

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 3 VIA SANTA MARIA VEREDA LA CABAÑA

Fecha Evento/Accidente: 2023/08/14 Hora: 20:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: SANTA MARIA Cod. 676 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA OTA51E QUIEN POR EL MAL ESTADOD E LA VIA PIERDE EL CONTROL Y SE LEVANTA LA MOTO Y CAE HACIA ATRAS 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: OTA51E

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 8107771400 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/03/31 Hasta: 2024/03/30

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CARVAJAL	ZABALETA

1er.Nombre	2do.Nombre
FABIAN	FERNANDO

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC No. Documento 1079606730

Direccion: VEREDA LA CABAÑA

Departamento: CUNDINAMARCA Cod. 25

Municipio: SOACHA Cod. 754 Telefono: 3133294350 Total Folios: 0

29

30

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
BECERRA	LEON

1er.Nombre	2do.Nombre
JOSE	FERNANDO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 83116688

Direcci¾n: VEREDA LA CABAÑA

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3213061906

Municipio: SANTA MARIA **Cod.** 676

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/08/14 a las 23:46

Prestador que remite: ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN **C¾digo de inscripci¾n:** 416760041501

Direccion: CARRERA 8 N 15 16 **Telefono:** 479693 HUILA-SANTA MARIA

Profesional que Remite: SANDRA PATRICIA TRUJILLO CA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/08/14 a las 00:01

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: 2023/08/15 **a las** 02:00 **Fecha de Egreso:** 2023/08/29 **a las** 10:34

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico presuntivo de Egreso
S223 FRACTURA DE COSTILLA

Diagnostico definitivo de Ingreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico definitivo de Egreso
S270 NEUMOTORAX TRAUMATICO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico relacionado de Egreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
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	3931551	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

28

29

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+	TEL:	3023806501

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.08.15 — HORA DE INGRESO: 02:00
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.08.29 — HORA DE EGRESO: 10:34
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO1: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
RELACIONADO2: S202 - CONTUSION DEL TORAX

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.08.15-02:14:54 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 OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA OTA51E QUIEN POR EL MAL ESTADOD E LA VIA PIERDE EL CONTROL Y SE LEVANTA LA MOTO Y CAE HACIA ATRAS SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 02+00
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL- SANTA MARIA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA 14/08/2023 CUANDO SE MOVILIZABA EN VEHICULO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON ANALGESICOS POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPEROR DERECHO

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: 115/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 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 , PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO PREDOMINIO EN AREA DORSAL Y EN REBORDE COSTAL, DOLOR A LA MOVILIDAD EN TORSO.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>

27 28

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: ABRASION EDEMA LEVE DOLOR EN PIERNA DEREHA, PRESENA DOLOR ALA PALPACION Y MOVILIDAD EN HOMBRO IZQUIERDO, PREDOMINIO DEL DOLOR A NIVEL ESCAPULAR.NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
LO YA DESCRITO
<<FANERAS>>
LO YA DESCRITO

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 45 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

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: UN GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 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

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.08.15-06:20:37 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 DE TORAX: NEUMOTORAX DE ESCASA CUANTIA, HEMOTORA LAMINAR, FRACTURA DEL 6 Y 7 ARCO COSTAL IZQUIERDO , SIENDO LA ULTIMA NO DESPLAZADA.
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

*** FECHA: 23.08.15-06:30:41 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: DADO HALLAZGO IMAGENOLOGICO SE INICIA MANEJO DE NEUMOTRAX CON OXIGENO VIA SISTEMA DE BAJO FLUJO .
SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR EN LENGUAJE SENCILLO Y CLARO, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

** PLAN DE MANEJO:
OXIGENO VIA CANULA NASAL A 2 LPM

*** FECHA: 23.08.15-07:52:48 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 HOMBRO Y PIERNA DERECHA , TRAUMA DE TORAX
AL EXAMEN FISICO: ABRASION EDEMA LEVE DOLOR EN PIERNA DEREHA, PRESENA DOLOR ALA PALPACION Y MOVILIDAD EN HOMBRO IZQUIERDO, PREDOMINIO DEL DOLOR A NIVEL ESCAPULAR NEUROVASCULAR NORMAL. DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO
TAC DE TORAX: NEUMOTORAX DE ESCASA CUANTIA, HEMOTORA LAMINAR, FRACTURA DEL 6 Y 7 ARCO COSTAL IZQUIERDO , SIENDO LA ULTIMA NO DESPLAZADA.
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

DX: POLITRAUMA
FRACTURAS COSTALES

** PLAN DE MANEJO:
PLAN:ALTA POR ORTOPEDIA
PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

*** FECHA: 23.08.15-08:08:29 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)*

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

2524

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

** EVOLUCION:
CIRUGIA GENERAL
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO,
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 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: NEUMOTORAX DE ESCASA CUANTIA, HEMOTORA LAMINAR, FRACTURA DEL 6 Y 7 ARCO COSTAL IZQUIERDO , SIENDO LA ULTIMA NO DESPLAZADA.

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX
FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTLES IZQUIERDOS
NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%

PACIENTE CON NEUMOTORAX PEQUEÑO, SE INICIA TRATAMIENTO CON OXIGENOTERPIA, ANALGESIA , TERAPIA RESPIRATORIA, Y TOMA DE TAC DE CONTROL MAÑANA,.

PLAN:
DIETA NORMAL
SSN A 40 ML HORA
OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS PERMANENTE
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 12 HORAS
TRAMADOL 50 MG IV CADA 8 HORAS
TERAPIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
SS TAC DE TORAX SIMPLE DE CONTORL MAÑANA.
HOSPITALIZAR
CSV AC

*** FECHA: 23.08.15-08:38:00 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 REMITIDA DE PRIMER NIVEL SE CONTINUAU MANEJO Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:
1 - NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.
2 - HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO.
3 - TRAUMA CERRADO DE TORAX

24 23

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

4 - FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTLES IZQUIERDOS
5 - CONTUSIONES.

SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 98% OXIGENO POR CANULA NASAL.
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 VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN DESCARTA LESIONES EN EXTREMIDADES, VALORADA POR CIRUGIA GENERAL QUIEN AJUSTA MANEJO E INDICA HOSPITALIZAR, SE CARGAN ORDENES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE TORAX TOMAR 16/08/2023 A LAS 07 AM

** PLAN DE MANEJO:
** OTROS:

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

** TERAPIAS:

TERAPIA E INCENTIVO RESPIRATORIO

** JUSTIFICACION **
NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.--- HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO. - FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTLES IZQUIERDOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 1, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DIETA NORMAL.
OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS PERMANENTE
HOSPITALIZAR PARA SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.

*** FECHA: 23.08.15-08:38:36 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

23

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.15-08:38:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.08.15-09:26:19 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:
"PROCEDENTE DE URGENCIAS"

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, ORIENTADA.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO DESCRITO QUE OCURRE EL 14/08/2023 CON POSTERIOR , NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10% , HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO, EN EL MOMENTO VALORADA POR CIRUGIA GAGENERAL QUE HOSPITALIZA PARA MANEJO ANALGESICO Y VIGILANCIA CLINICA. REFIERE DOLOR MODULADO NIEGA OTROS SINTOMAS.

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: 115/70 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 , PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO PREDOMINIO EN AREA DORSAL Y EN REBORDE COSTAL, DOLOR A LA MOVILIDAD EN TORSO. <<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

22-11

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: ABRASION EDEMA LEVE DOLOR EN PIERNA DEREHA, PRESENA DOLOR ALA PALPACION Y MOVILIDAD EN HOMBRO IZQUIERDO, PREDOMINIO DEL DOLOR A NIVEL ESCAPULAR.NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
LO YA DESCRITO
<<FANERAS>>
LO YA DESCRITO

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 - NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.
2 - HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO.
3 - TRAUMA CERRADO DE TORAX
4 - FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTLES IZQUIERDOS
5 - CONTUSIONES.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

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

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL QUIEN HOSPITALIZA PARA CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA, EN EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN ESTABLE DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN NO SIGNOS DE INFECCIÓN POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA INTRAHOSPITALARIO. SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE TORAX CONTROL EL DIA DE MAÑANA 6 AM

** CONDUCTA:
PLAN:
DIETA NORMAL
SSN A 40 ML HORA
OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS PERMANENTE
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 12 HORAS
TRAMADOL 50 MG IV CADA 8 HORAS
TERAPIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
SS TAC DE TORAX SIMPLE DE CONTORL MAÑANA.

20
21

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

HOSPITALIZAR
CSV AC

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS., 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 DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 GR VO CADA 8 HROAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

*** FECHA: 23.08.15-17:01:32 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - 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, CON SV FC 74 FR 19 TA 100/70 SAT O2 99% CON O2 A 2 L POR MIN, AL EXAMEN FISICO PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO PREDOMINIO EN AREA DORSAL Y EN REBORDE COSTAL, DOLOR A LA MOVILIDAD EN TORSO, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL CON O2 SUPLEMENTARIO PARA MANEJO DE NEUMOTORAX, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.08.15-20:32:40 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 - NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.
2 - HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO.
3 - TRAUMA CERRADO DE TORAX
4 - FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTALES IZQUIERDOS
5 - CONTUSIONES.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S: ME SIENTO ALGO MEJOR
O:

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

TA: 110/70 FC:75 FR:22 SO2:98 T:36.5

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
TORAX ESTABLE, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, DOLOR A LA A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO PREDOMINIO EN AREA DORSAL Y EN REBORDE COSTAL, DOLOR A LA MOVILIDAD EN TORSO.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: ABRASION, EDEMA LEVE DOLOR EN PIERNA DERECHA, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN HOMBRO IZQUIERDO, PREDOMINIO DEL DOLOR A NIVEL ESCAPULAR, NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES

ANÁLISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO O VENTILATORIO, EL DIA DE MAÑANA TAC DE TORAX CONTROL, CONTINUA TERAPIA RESPIRATORIA Y REHABILITACION PULMONAR CON INCENTIVO, O2 A BAJO FLUJO. CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

*** FECHA: 23.08.16-00:21:34 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO O VENTILATORIO, EL DIA DE MAÑANA TAC DE TORAX CONTROL, CONTINUA TERAPIA RESPIRATORIA Y REHABILITACION PULMONAR CON INCENTIVO, O2 A BAJO FLUJO. CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 GR VO CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

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: APLICAR 1 AMP CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.08.16-06:42:59 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 - NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.
2 - HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO.
3 - TRAUMA CERRADO DE TORAX
4 - FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTALES IZQUIERDOS
5 - CONTUSIONES EN PARED TORACICA
6- CONTUSIONES EN EXTREMIDADES

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S: ME SIENTO BIEN, NIEGA DISNEA, BUEN PATRON DE SUEÑO
O:
TA: 115/70 FC:70 FR:19 SO2:97 T:36.5

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
TORAX ESTABLE, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, DOLOR A LA A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO PREDOMINIO EN AREA DORSAL Y EN REBORDE COSTAL, DOLOR A LA MOVILIDAD EN TORSO.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: ABRASION, EDEMA LEVE DOLOR EN PIERNA DERECHA, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN HOMBRO IZQUIERDO, PREDOMINIO DEL DOLOR A NIVEL ESCAPULAR, NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES

ANÁLISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO O VENTILATORIO, TAC DE TORAX CONTROL CON ADECUADA EVOLUCION, NEUMOTORAX EN REABSORCION, DISCRETO DERRAME PLEURAL, CONTINUA TERAPIA RESPIRATORIA Y REHABILITACION PULMONAR CON INCENTIVO, O2 A BAJO FLUJO. CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE TORAX SIMPLE: NEUMOTORAX IZQUIERDO EN REABSORCION, DISCRETO DERRAME PLEURAL IZQUIERDO, FRACTURAS COSTALES IZQUIERDAS.

***** FECHA: 23.08.16-10:04:32 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 - NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.
2 - HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO.
3 - TRAUMA CERRADO DE TORAX
4 - FRACTURAS DE 6 -7 ARCOS COSTALES IZQUIERDOS
5 - CONTUSIONES EN PARED TORACICA
6- CONTUSIONES EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S: ME SIENTO BIEN, NIEGA DISNEA, BUEN PATRON DE SUEÑO
O:
TA: 127/79 FC:80 FR:17 SO2:99 T:36.8
CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN INGURGITACION YUGULAR, CON CUELLO MOVIL SIN DOLOR.
TORAX ESTABLE, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, DOLOR A LA A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO PREDOMINIO EN AREA DORSAL Y EN REBORDE COSTAL, DOLOR A LA MOVILIDAD EN TORSO.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: ABRASION, EDEMA LEVE DOLOR EN PIERNA DERECHA, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN HOMBRO

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

IZQUIERDO, PREDOMINIO DEL DOLOR A NIVEL ESCAPULAR, NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON CUADRO DESCRITO EN EL MOMENTO SIN ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO ALTERACION DEL PATRON VENTILATORIO, NO ALTERACION HEMODINAMICA CON TAC CONTROL CON EVIDENCIA DE RESOLUCION DE HEMOTORAX EN RELACION A IMAGEN PREVIA, SE CONSIDERA DAR EGRESO CON FORMULA MEDICA AMBULATORIA, CON RECOMENDACIONES SIGNOS Y SEÑALES DE ALARMA. SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
- SALIDA
- MEDICAMENTOS
- CITA CONTROL POR CIRUGIA GENERAL EN 15 DIAS
- INCAPACIDAD
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 7 DIAS SI DOLOR INTENSO 20

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA RX DE TORAX CONTROL EN 10 DIAS.

** ORDENES MEDICAS:

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

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, DIFICULAD RESPIRATORIA MARCADA.
- 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.

16

17

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.08.16-10:05:34 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: 2023.08.16-10:05:06 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 23.08.29-10:24:56 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 15/08/2023 CON TRAUMA EN HOMBRO Y PIERNA DERECHA , TRAUMA DE TORAX , FRACTURA DEL 6 Y 7 ARCO COSTAL IZQUIERDO 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

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

EPICRISIS No. 59046

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

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

DOC.IDENT:	CC 55115679	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA CABAÑA		
FCHA.NACTO:	1978.05.03	EDAD:	45 A	CIUDAD:	SANTA MARIA	TEL:	3023806501
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	B+				

RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : LIGERO AUMENT DE CVLULEM EN REGIO PSOTERIOR CON HEMATOMA CON BUENA VNETILACION PULMONAR INSPIRACION NORMAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA
SE INDICA MENEJO CALOR HUMEDO Y APLICAR KETOPROFENO GEL

*** FECHA: 23.08.29-10:34:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA
SE INDICA MENEJO CALOR HUMEDO Y APLICAR KETOPROFENO GEL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.29-10:34:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S223 - FRACTURA DE COSTILLA		
RELACIONADO 1:	S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA		
RELACIONADO 2:	S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO		

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

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

PACIENTE: 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA **EDAD:** 45

DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA **TELEFONO:** 3023806501

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58207 **FECHA SINIESTRO:** 2023.08.15 **Nº POLIZA:** 8107771400

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	martes, 15 de agosto de 2023					
10:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	MLD	
10:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
10:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	MLD	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
14:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	MLD	
16:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
16:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	VAC1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
18:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	VAC1	
18:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
18:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	VAC1	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00

FECHA DEL CONTROL :	miércoles, 16 de agosto de 2023					
00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MLD	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
02:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	MLD	
02:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
02:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	MLD	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VAC1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
10:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	VAC1	
10:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	VAC1	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 24.00

18

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ADMISION No. **164801**

PACIENTE: 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

EDAD: 45

DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA **TELEFONO:** 3023806501

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

HOJA PARA REGISTRO SUMINITRO DE OXIGENO

DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	L/M	FECHA/HORA INI	FECHA/HORA FIN	MINUTOS	APLICO	T.LITROS
CANULA 3 LTS - 32%	3	2023.08.15/8:39	2023.08.15/14:00	321	ADM	963.00
CANULA 3 LTS - 32%	3	2023.08.15/14:01	2023.08.15/22:00	479	LMM1	1437.00
CANULA 3 LTS - 32%	3	2023.08.15/22:01	2023.08.16/6:00	479	PGJ	1437.00
CANULA 3 LTS - 32%	3	2023.08.16/6:01	2023.08.16/10:05	244	NNF	732.00
					TOTAL LTS:	4569.00

12
13

CUENTA DE COBRO
HONORARIOS MEDICOS

Alix Carvajal
Paciente o Entidad Deudora

DEBE A

Martha Polania
MEDICO TRATANTE

$:

Valor honorarios médicos por concepto de: Sesiones
terapia respiratoria

Cheque: Efectivo:
Entidad:

Son:

Neiva: M/ cte
Agosto del 201 23

REG. MD. Nº

C.C.

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

FECHA 2023.08.15

165464

PACIENTE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA IDENTIFICACION: 55115679
EDAD: 45 ENTIDAD: LA EQUIDAD SEGUROS
N° SINIESTRO: ZSI-1-58207 **FECHA SINIESTRO:** 2023.08.15 **N° POLIZA:** 8107771400

TERAPIAS

S270 NEUMOTORAX TRAUMATICO

TERAPIA E INCENTIVO RESPIRATORIO

** JUSTIFICACION **
NEUMOTORAX IZQUIERDO MENOR AL 10%.--- HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO. - FRACTURAS DE 6 -7

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM. 1.061.724.214

DR. JHOAN ALBEIRO BAZAN REG MED

RECUERDE EN LA PROXIMA CONSULTA TRAER COPIA DE LOS DOCUMENTOS

NOMBRE Alix Carvajal EDAD _____

IDENTIFICACION 55115679 FECHA ACCIDENTE 15 08 23

N°	FECHA	CANTIDAD	DETALLE	FIRMA	VALOR TOTAL
1	15 08 23	1	TERAPIA RESPIRATORIA	Alix Carvajal	28.600
2		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
3		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
4		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
5		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
6		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
7		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
8		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
9		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
10		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
11		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
12		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
13		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
14		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
15		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
16		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
17		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
18		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
19		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
20		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
21		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
22		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
23		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
24		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
25		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
26		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
27		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
28		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
29		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
30		1	TERAPIA RESPIRATORIA		28.600
				TOTAL	

Cielo A. Suárez Colorado
FISIOTERAPEUTA
RES. 1757

FISIOTERAPEUTA

9
10

HISTORIA DE FISIOTERAPIA

LA HISTORIA CLINICA ES EL REGISTRO OBLIGATORIO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DEL PACIENTE ART. 34 LEY 23 - 1991

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181 **ADMISION N_:** 165464

CC 55115679

NOMBRE: CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA

EDAD: 45 A FECHA NACIMIENTO: 1978.05.03 **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

DIRECCION: VEREDA LA CABAÑA **CIUDAD:** SANTA MARIA **TELEFONO:** 3023806501

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **ZONA:** U

NOMBRE ACOMPAÐANTE: MARIA FERNANDA ALDANA **PARENTESCO:** HIJA

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** 3124370167

RESIDENCIA HABITUAL:	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ACC. TRANSITO:
	41 SANTA MARIA	676 SANTA MARIA	NO

OBSERVACION

2023.08.15 14:18

DESCRIPCION DE LA TERAPIA

15 DE AGOSTO 2023

USUARIO QUE INICIA ORDEN MEDICA DEL 15/08/2023

USUARIO DE 45 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO NEUMOTORAX TRAUMATICO POR ACCIDENTE DE TRANSITO 15/08/2023, EL USUARIO SE ENCUENTRA EN CON SUPLEMETO RESPIRATORIO CANULA NASAL, SE ENCUENTRA ORIENTADO EN ESPACIO Y TIEMPO SE OBSERVA ALERTA, SIN DIFICULTADES RESPIRATORIA.

SE REALIZAN EJERCICIOS DE ESTIMULACION RESPIRATORIO COMO SOPLAR POR MANGUERA CORRUGADA, EJERCICIOS DE CONTROL RESPIRATORIO INHALACIÓN ESPIRACIÓN DE PANERA FORZADA Y PAUSADA, SOPLAR CON PITILLO EN VASO CON AGUA.
EL USUARIO QUEDA EN CAMA TRANQUILO EN COMPAÑÍA DE UN FAMILIAR SIN COMPLICACION ALGUNA

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S223 FRACTURA DE COSTILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Cielo A. Suárez Colorado
FISIOTERAPEUTA
RES. 1757

CIELO ALEXANDRA SUAREZ
Registro MÚdico: 1757

8
9

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.10.14
HORA: 11:00:46
PAGINA No: 1

Numero: 81780 Fecha Ex. 15/08/23 Hora 08:55
Nombre Paciente: 55115679 CARVAJAL SANTOFIMIO ALIX YOHANA
Dirección: VEREDA LA CABAÑA Telefono:3023806501 Edad:45 A Sexo:F
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 advierten focos de fracturas sin mayor desplazamiento de la 6° y 7° costilla izquierda en su aspecto posterior.
A nivel del tejido pulmonar la trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada, pero se advierte una opacidad de contornos rectificados basal izquierda puede corresponder a engrosamiento cisural o foco atelectasico para controlar.
Pequeños derrames pleurales basales posteriores de predominio izquierdo.
No se advierten cámara de neumotórax.
A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea superior sin alteraciones.
El cayado aórtico ligeramente elongado.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
No se confirma cardiomegalia.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
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.

FIRMA

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

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010024
Carrera 8 No. 15 - 16

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10014064
Historia Clínica No.
55115679

Fecha de remisión lunes, 14 de agosto 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
ALIX YOHANA CARVAJAL SANTOFIMIO	CC No. 55115679	03 - may - 1978	COLOMBIA	HUILA	SANTA MARIA	45 años	F

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
SANTA MARIA LA PLANTA	3133180032	HUILA	SANTA MARIA	r

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE

Entidad LA EQUIDAD SEGUROS **Regimén entidad** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

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

DATOS DE REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	lunes, 14 de agosto de 2023	**Fecha de Egreso:**	lunes, 14 de agosto 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	23:46	**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

ANALISIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
ME CAI Y ME GOLPE"

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE FEMENINA, DE 45 AÑOS DE EDAD, AMA DE CASA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN LA VEREDA LA CABALA, DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA - HUILA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION, (A LAS 20:00), AL INGRESO, CONSISTENTE EN TRAUMA EN REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, AL CAER DE LA MOTOCOCLETA DE MARCA YAMAHA Y DE PLACAS OTA51E, CUANDO EL CONDUCTOR PIERDE EL EQUILIBTIO DE LA MISMA, MIENTRAS SE DESPLAZABAN POR EL KILOMETRO 3, VIA SANTA MARIA - VEREDA LA CABAÑA, CPN POSTERIOR DOLOR DEL AREA LESIONADA, NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR, POR LO CUAL DECIDEN CONSULTAR.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS NIEGA
QX: POMEROY
TOXICOALERGICOS NIEGA

PACIENTE NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA CON COVID 19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA SINTOMAS RSPIRATORIOS, DOLOR EN EL PECHO, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA.

FAMILIARES
Hipertension ABUELA MATERNA
Diabetes ABUELA PATERNA
PATOLOGICOS
NIEGA
FARMACOLOGICOS
NIEGA
HOSPITALARIOS
NIEGA
QUIRURGICOS
Pomeroy
TRAUMATICOS
NIEGA
OBSTETRICOS
Ultima Menstruación pomeroy
TOXICOS
Exposicion al humo de leña
ALERGICOS
NIEGA

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010024
Carrera 8 No. 15 - 16

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10014064
Historia Clínica No.
55115679

ODONTOLOGICOS
Frecuencia Cepillado 2 VECES
Tratamiento Recibido LIMPIEZA

REVISION X SISTEMAS
Síntomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere
Tensión Arterial: 135 / 75 //Frecuencia Cardiaca: 101 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 63 //Talla: 155 //I.M.C.: 26.2226847034339 -

EXAMEN FISICO
*Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: TORAX: SIMETRICO, SIN RETRACCIONES, NORMOEXPANSIBLE; PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, PUÑO PERCUSION LUMBAR NEGATIVA. *Extremidades: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, DOLOR A LA PALPACION DE LA REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERAL, NO SE PALPAN MASAS NI DEFORMIDADES, PULSOS CONSERVADOS, SIMETRICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, FONDO DE OJO NORMAL, NO SIGNOS MENINGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, ROT ++/++++. *Psiquiátrico: Normal

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

Causa externa de la consulta: Enfermedad general

Plan o Conducta a Seguir
DIC LOFENACO, APLICAR 75 MG IM, AHORA
DIPIRONA, APLICAR 1 G IV, LENTO Y DILUIDO, AHORA

NUEVAS ORDENES MEDICAS
SSN 0.9% 500 CC EN BOILO, CONTINUAR A 80 CC/H
INICIAR TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA
PROTOCOLO PREVENCION DE CAIDAS
PROTOCOLO PREVENCION ULCERAS DE PRESION
PROTOCOLO PREVENCION INFECCION ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
CONTROL DE SIGNOS VITALES - AVISAR CAMBIOS- Solucion salina 500 ml 0.9% solución inyectable Laboratorio: Casa Laboratorio Generico 500 CC EN BOLO, CONTINUAR A 80 CC/H 2
Dipirona 40 - 50% (1gramo) solución inyectable Laboratorio: Casa Laboratorio Generico 1 G IV 1
Diclofenaco sódico 75 mg/3 mL solución inyectable Laboratorio: Casa Laboratorio Generico 75 MG IM 1

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Ingreso (S208) TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX
Dx. Relacionado1: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
Dx. Salida ó Principal:(S208)TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX

Analisis Dx PACIENTE FEMENINA, DE 45 AÑOS DE EDAD, AMA DE CASA, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION, (A LAS 20:00), AL INGRESO, CONSISTENTE EN TRAUMA EN REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, AL CAER DE LA MOTOCOCLETA DE MARCA YAMAHA Y DE PLACAS OTA51E, CUANDO EL CONDUCTOR PIERDE EL EQUILIBTIO DE LA MISMA, MIENTRAS SE DESPLAZABAN POR EL KILOMETRO 3, VIA SANTA MARIA - VEREDA LA CABAÑA, CPN POSTERIOR DOLOR DEL AREA LESIONADA, NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR, POR LO CUAL DECIDEN CONSULTAR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES EN META, CON DOLOR A LA PALPACION DE LA REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERAL, NO SE PALPAN MASAS NI DEFORMIDADES, A QUIEN SE INGRESARA PARA MANEJO MEDICO Y SEGÚN EVOLUCION, SE DEFINIRAN CONDUCTAS ADICIONALES.

PACIENTE REFIERE CONTINUAR CON DOLOR TIPO PUNZADA EN OMOPLATO LESIONADO, QUE SE IRRADIA A TORAX ANTERIOR, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOCIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERA, POR LO QUE SE CONSODERA INICIAR TRAMITES DE REMISION ANIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y VALORACION POR ORTOPEDIA.

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE CLARAMENTE SU DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, TRATAMIENTO, CONDUCTA A SEGUIR, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA DEL USO DE LOS EPP SUMINITRADOS POR LA ENTIDAD, PARA PREVENIR EL CONTAGIO DEL COVID 19 (BATA MANGA LARGA, CORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

PLAN:

6

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010024
Carrera 8 No. 15 - 16

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10014064
Historia Clínica No.
55115679

- DICLOFENACO, APLICAR 75 MG IM, AHORA
- DIPIRONA, APLICAR 1 G IV, LENTO Y DILUIDO, AHORA

NUEVAS ORDENES MEDICAS
- SSN 0.9% 500 CC EN BOILO, CONTINUAR A 80 CC/H
- INICIAR TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA
- PROTOCOLO PREVENCION DE CAIDAS
- PROTOCOLO PREVENCION ULCERAS DE PRESION
- PROTOCOLO PREVENCION INFECCION ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
- CONTROL DE SIGNOS VITALES - AVISAR CAMBIOS

Diagnóstico por el cual se remite: S208 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX

JUSTIFICACION

PACIENTE FEMENINA, DE 45 AÑOS DE EDAD, AMA DE CASA, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION, (A LAS 20:00), AL INGRESO, CONSISTENTE EN TRAUMA EN REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, AL CAER DE LA MOTOCOCLETA DE MARCA YAMAHA Y DE PLACAS OTA51E, CUANDO EL CONDUCTOR PIERDE EL EQUILIBTIO DE LA MISMA, MIENTRAS SE DESPLAZABAN POR EL KILOMETRO 3, VIA SANTA MARIA - VEREDA LA ABAÑA, CPN POSTERIOR DOLOR DEL AREA LESIONADA, NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR, POR LO CUAL DECIDEN CONSULTAR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES EN META, CON DOLOR A LA PALPACION DE LA REGION DEL OMOPLATO IZQUIERDO, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERAL, NO SE PALPAN MASAS NI DEFORMIDADES, A QUIEN SE INGRESARA PARA MANEJO MEDICO Y SEGÚN EVOLUCION, SE DEFINIRAN CONDUCTAS ADICIONALES.

PACIENTE REFIERE CONTINUAR CON DOLOR TIPO PUNZADA EN OMOPLATO LESIONADO, QUE SE IRRADIA A TORAX ANTERIOR, CON LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOCIMIENTO DEL MIEMBRO SUPERIOR IPSILATERA, POR LO QUE SE CONSODERA INICIAR TRAMITES DE REMISION ANIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y VALORACION POR ORTOPEDIA.

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE CLARAMENTE SU DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, TRATAMIENTO, CONDUCTA A SEGUIR, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA DEL USO DE LOS EPP SUMINITRADOS POR LA ENTIDAD, PARA PREVENIR EL CONTAGIO DEL COVID 19 (BATA MANGA LARGA, CORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Resultados Exames

SANDRA PATRICIA TRUJILLO CA
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 55159377

Sandra Trujillo Calderón

S

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **55.115.679**
CARVAJAL SANTOFIMIO

APELLIDOS
ALIX YOHANA

NOMBRES

ALIX YOHANA C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAY-1978**
SANTA MARIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S RH	SEXO

10-SEP-1997 SANTA MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1907400-00245136 F 0055115679-20100717 0022836251A 1 3094512121

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.116.688**

BECERRA LEON

APELLIDOS

JOSE FERNANDO

NOMBRES



José Fernando Becerra L.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1975**

SANTA MARIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

07-MAR-1995 SANTA MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1907400-00179793-M-0083116683-20060919 0016273930A 1 3090600

Conductor Motocicleta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028528847

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OTA51E	YAMAHA	FZN150D (FZ-S)	2013

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	GRIS AMARILLO	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
G3E9E0D52045	N	9FKRGZ162JZ052045

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FKRGZ162JZ052045	N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

CARVAJAL ZABALETA FABIAN HERNANDO

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1079606730

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

DECLARACION DE IMPORTACION	PE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
902017000142473		25/07/2017	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
02/08/2017	27/02/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA MCPAL DE SOACHA

LT07002280406

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:	OTA51E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028528847	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	FZN150D (FZ-S)
MODELO:	2018	COLOR:	GRIS AMARILLO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	G3E9E0052045
NÚMERO DE CHASIS:	9FKRG2162J2052045	NÚMERO DE VIN:	9FKRG2162J2052045
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	02/08/2017
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA MCPAL DE SOACHA	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
8107771400	30/03/2023	31/03/2023	30/03/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
1821506	11/03/2022	12/03/2022	11/03/2023	120	LIBERTY SEGUROS S.A.	NO VIGENTE
14696300000640	06/12/2020	07/12/2020	06/12/2021	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
13734900003480	02/08/2019	03/08/2019	02/08/2020	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
19216436	02/08/2018	03/08/2018	02/08/2019	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	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 02:22:48 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC152904

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-06 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
be80da723eee74a66653444916f450e2f56c7a487d0d4285650d2131107a182fcd940ee840ed85d73148f6fd40e5c37c

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3931551

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-05 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
10cc94878a04b82a4d14ce2d8c1c99b5ff04078cc39f4074d60d1edc78db0578e1d7e8dee099a3a66a34cde3811078b3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-06 05:49:20.000 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. FEC152904

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-06 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
be80da723eee74a66653444916f450e2f56c7a487d0d4285650d2131107a182fcd940ee840ed85d73148f6fd40e5c37c

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

CUDE:
db065ff848a6b187498511617c64d69113ee2873bcf9f1c0da090a8e527de55c6c8621657f05ff484c73a6d26010dde7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-21 04:18:14.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
e0cd521599c65513b750e79e820353a3356f85d9709ddae82a4e072a6931eb20008784863e6982bb9efb3435fda08a3c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-03 03:07:42.000 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

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. FEC152904

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-06 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
be80da723eee74a66653444916f450e2f56c7a487d0d4285650d2131107a182fcd940ee840ed85d73148f6fd40e5c37c

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

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 ,2023.10.07	16:07:22	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52948

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 166165

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.09.06 - 09:41	2023.09.06 - 22:15

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN EDAD : 14 Años
DIRECCION: VEREDA GUACIMOS HOBO TELEFONO: 3208194480
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)	6-Sep-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	6-Sep-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	6-Sep-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	6-Sep-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	6-Sep-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	6-Sep-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	6-Sep-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	6-Sep-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	6-Sep-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	6-Sep-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	6-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	6-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	6-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	0	0
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
	VICRYL SUTURA # 2								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								11	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	5,700	5,700
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								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 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: 7601cfb324edea85a2222bd47b7b3eb069cf973818a06b 52c48aafd9f45
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I JJILLO Nit. 89.936.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.300.126 - 6

Recibido!
2 de Noviembre del 2023
20206625

equidad seguros

138

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 ,2023.10.07	16:07:22	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52948

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

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 166165

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.06 - 09:41
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.06 - 22:15

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN
EDAD : 14 Años
DIRECCION: VEREDA GUACIMOS HOBO TELEFONO: 3208194480

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)	6-Sep-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	6-Sep-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	6-Sep-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	6-Sep-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	6-Sep-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	6-Sep-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	6-Sep-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2I+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	6-Sep-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	6-Sep-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	6-Sep-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	6-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	6-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	6-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	0	0
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
	VICRYL SUTURA # 2								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								11	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	5,700	5,700
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 ,0								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								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: 1601cfb324edea85a2222bd47b7b3ab069cf973818a06bfac0fd729dbbaf358805c51a8f28b1c07ffd462c48aafd9f45

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

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 ,2023.10.07	16:07:22	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52948

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								8	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								6	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								2	0	0
	MASCARA LARINGEA NO. 4								1	48,000	48,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								7	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								500	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								16	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19906147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	0	0
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								3	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								500	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								60	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	2023.09.06	890202		FGR				1	55,100	55,100
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.09.06	890202		HAP				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.06	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	6,464,900	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	6,464,900

SON: SEIS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.07 04:10:12 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

37

Cufe: 7601cfb324edca85a2223bd47b7b3eb069cf973818a06bfac0fd729dbbaf358805c51a8f28b1c07ffd462c48aa7d9f45

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:	52948
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 6,299,600
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 165,300
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 ,2023.10.07	16:07:22	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52948

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

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 166165

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.09.06 - 09:41	2023.09.06 - 22:15

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN EDAD : 14 Años
DIRECCION: VEREDA GUACIMOS HOBO TELEFONO: 3208194480
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)	6-Sep-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	6-Sep-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	6-Sep-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	6-Sep-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	6-Sep-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	6-Sep-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	6-Sep-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	6-Sep-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	6-Sep-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	6-Sep-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	6-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	6-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	6-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	0	0
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
	VICRYL SUTURA # 2								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								11	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	5,700	5,700
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								10	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								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: 7601cfb324edea85a2222bd47b7b3eb069cf973818a06bfac0fd729dbbaf358805c51a8f28b1c07ffd462c48aafd9f45

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

58

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 ,2023.10.07	16:07:22	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52948

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								8	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								6	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								2	0	0
	MASCARA LARINGEA NO. 4								1	48,000	48,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								7	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								500	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								16	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	0	0
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								3	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								500	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								60	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	2023.09.06	890202		FGR				1	55,100	55,100
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.09.06	890202		HAP				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.06	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	6,464,900	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	6,464,900

SON: SEIS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.07 04:10:12 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

37

Cufe: 7601cfb324edea85a2222bd47b7b3eb069cf973818a06bfac0fd729dbbaf358805c51a8f28b1c07ffd462c48aafd9f45

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

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- 52948

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

NIETO — 1er.Apellido o Razon Social

OLAYA — 2do.Apellido

LEYNER — 1er.Nombre

STEBAN — 2do.Nombre

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

No. Documento: 1117517109

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 2009/03/16 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: VEREDA GUACIMOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3208194480

Municipio: HOBO Cod. 349

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

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

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

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

Incendio [ ]

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

Direcci¾n de la Ocurrencia: VIA YAGUARA HOBO

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/6 Hora: 06:00

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KXM47F, 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: KXM47F

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 8096775700 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/21 Hasta: 2023/12/20

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

RIAÑOS — 1er.Apellido o Razon Social

SALAZAR — 2do.Apellido

GEIDER — 1er.Nombre

SEBASTIAN — 2do.Nombre

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

No. Documento 1003801166

Direccion: CLL 4 N 04 72

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3123002747

40

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
GUEVARA	MEDINA

1er.Nombre	2do.Nombre
YESID	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1079409953

Direcci¾n: CLL 4 N 04 72

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3123002747

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/6 a las 06:43

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: 2023/09/6 a las 06:58

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

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

Profesional que recibe: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

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

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

Fecha de ingreso: 2023/09/6 **a las** 09:41

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

Fecha de Egreso: 2023/09/6 **a las** 22:15

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Egreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

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	6464900	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. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.09.06	HORA DE INGRESO: 09:41
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA	FECHA DE EGRESO: 2023.09.06	HORA DE EGRESO: 22:15
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO:	T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO:	S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1:	S070 - TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
RELACIONADO2:	S202 - CONTUSION DEL TORAX

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.06-10:03:44 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KXM47F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 09+40
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE HOBO- HUILA , DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, CON AMENSIA DEL EVENTO Y CEFALEA LA CUAL CALIFICA EN 9//10 E ESCALA VISUAL DEL DOLOR , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 116/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 TALLA: 173 PESO: 67 IMC: 22 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 ABRASIONES EN HEMICARA DERECHA CON HERDIA SUPRACILIAR DERECHA SUTURADA DE APROX 4 CM CON TATUAJE ABRASIVO PERILESIONAR, DOLOR A LA PLAPCION DE MAXILAR SUPERIOR Y LIMITACION A LA APERTURA ORAL,
<<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 REGION DE HEMITORAX DERECHO CON TATUJE ABRASIVO

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR A LA PALPACION EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA CON ABRASION PERILSEIONAR , 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
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS EN ANTEBRAZO IZQ, RODILLA IZQ, PIERNA IZQ, PIE IZQUIERDO, CON HERIDA EN RODILLA IZQ DE APROX 12 CM AVULSIVA CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PERDIDA CUTANEA
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

SE SOLICITA PT, PTT, HEMOGRAMA, CREATININA Y BUN

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

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA, CIRUGIA GENERAL Y CIRUGIA PLASTICA.
- 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

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HROAS., 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: 23.09.06-10:49:34 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:06 / 10:12 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:06 HRS// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ROSILLA IZQUIERDA Y ANTEBRAZO IAZUIQERDO SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

FECHA: 23.09.06-11:37:40 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA IZQ HERIDA DE APROX 12 CM AVULSIVA CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PERDIDA CUTANEA NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDA COMPLEJA DE RODILLA IZQ
PLAN: SE PROGRAMA PARA CIRUGIA

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

***** FECHA: 23.09.06-12:14:21 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 ABDOMEN SIMPLE : NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

TAC DE CARA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

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

TAC MAXILAR INFERIOR 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 OFICIAL.

***** FECHA: 23.09.06-12:29:13 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: 123/70 MMHG, FC: 84 X MIN, FR: 20 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHO SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR EN FLANCO DERCHO Y FOSA ILIACA DERECHA 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 : NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

DX:

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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: 23.09.06-12:32:34 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:16040 NEU: 80.2 % HGB: 15.4 HCT: 45.1 PLQ: 264000 (NORMAL)
PT: 14.0 PTT: 37.6 INR: 0.94 (NORMAL)
CREATININA: 0.5 BUN:8.0 (FUNCION RENAL NORMAL)

PARACLINICOS DE BAJO RIESGO PARA ENFERMEDAD GRAVE.

***** FECHA: 23.09.06-18:44:10 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.
SIGNOS VITALES: TA: 110/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 95%
PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR TRAUMATOLOGIA MAS CIRUGIA PLASTICA, YA DESCARTADO LESION POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PLAN:

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO POR ORTOPEDIA MAS CIRUGIA PLASTICA.

*** FECHA: 23.09.06-18:44:23 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-18:44:17 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.06-19:19:04 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 HERIDA DE RODILLA IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NORMALES

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.0

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : RODILLA IZQ HERIDACORTOCONTUSA DE 12 CM EN CARA ANRTERIOR CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PERDIDA CUTANEA CONTAMINADA CON TIERRA .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX NRMALES

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA IZQUIERDA

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-19:18:58 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.06-19:19:24 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 DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NORMALES

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.0

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : RODILLA IZQ HERIDACORTOCONTUSA DE 12 CM EN CARA ANRTERIOR CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PERDIDA CUTANEA CONTAMINADA CON TIERRA .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA IZQUIERDA

*** FECHA: 23.09.06-19:27:15 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 DESBRIDAMIENTO MAS SUTURA DE HERIDA EN RODILLA IZQUIERDA MAS DERMOABRASION EN CARA Y AREA GENERAL. SE ORDENA ANALGESIA POP

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

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

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

*** FECHA: 23.09.06-19:56:23 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 B

HORA INICIAL/FINAL: 19:30 / 20:00 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 16317
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
EXTENDIENDO LA LESION PRE EXISTENTE A 15CM EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA.

HALLAZGOS :

HERIDA CORTOCONTUSA DE +-12CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO DEBRIDAMIENTO DE HERIDA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A 15CM. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO .
SE PRACTICO SUTURA EN 2 PLANOS DE 11CM QUEDANDO UN DEFECTO CUTANEO DE 4CM CUADRADOS, POR LO QUE SE ACUDIO AL COLGAJO FACIO CUTANEO PARA CUBRIMIENTO DEL DEFECTO SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO + ESPARADRAPO.
NO COMPLICACIONES.
SANGRADO 120ML.

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.06-20:53:11 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/60 FC: 70 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HEMICARA DERECHA. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO (SEDA) A NIVEL SUPRACILIAR DERECHO DE MAS O MENOS 3 CM, CON BORDES MACERADOS, IRREGULARES Y NECROTICOS.
TORAX: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN PARED TORACICA ANTERIOR.
PELVIS: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA Y REGION LUMBAR DERECHOS.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDOS. HERIDA EXTENSA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQUIERDA.
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

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-20:00:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.06-20:53:38 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: 110/60 FC: 70 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HEMICARA DERECHA. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO (SEDA) A NIVEL SUPRACILIAR DERECHO DE MAS O MENOS 3 CM, CON BORDES MACERADOS, IRREGULARES Y NECROTICOS.
TORAX: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN PARED TORACICA ANTERIOR.
PELVIS: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA Y REGION LUMBAR DERECHOS.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDOS. HERIDA EXTENSA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQUIERDA.
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

*** FECHA: 23.09.06-20:57:49 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

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

EPICRISIS No. 59535

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 20:00 / 20:30 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 16318
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CARA: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HEMICARA DERECHA. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO (SEDA) A NIVEL SUPRACILIAR DERECHA DE MAS O MENOS 3 CM, CON BORDES MACERADOS, IRREGULARES Y NECROTICOS.
TORAX: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN PARED TORACICA ANTERIOR.
PELVIS: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA Y REGION LUMBAR DERECHOS.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN ANTEBRAZO Y PIERNA IZQUIERDOS. HERIDA EXTENSA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQUIERDA.

DESCRIPCION:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- RETIRO DE PUNTOS DE AFRONTAMIENTO DE SEDA EN CARA ENCONTRANDO HERIDA PROFUNDA, SIN EXPOSICION OSEA.
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, MACERADOS, IRREGULARES Y NO VIABLES.
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN CARA (SUPRACILIAR DERECHA) CON PUNTOS SEPARADOS DE PROLENE. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- 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 HERIDA Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

NOTA: ORTOPEDIA REALIZA EL MANEJO DE LA HERIDA EN RODILLA.

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

***** FECHA: 23.09.06-21:01:59 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.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

ACETAMINOFEN 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 6 HORAS

NAPROXENO 250 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

RECOMENDACIONES:
BAÑO NORMAL CON AGUA Y JABON
HIELO EN CARA HOY, MAÑANA Y PASADO MAÑANA
RETIRO DE PUNTOS EN CARA EN 7 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

** ANALISIS PLAN:

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-21:01:13 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CATORCE (14) DIAS

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.09.06-22:18:24 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
P.OP SIN COMPLICASIONES.

**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: CX ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-22:15:24 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO 2: S810 - HERIDA 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. 4.951.592
R.M. No. 12462-32

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16317

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166165 Fecha 06/09/23

Nombre Paciente: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN 1117517109 Edad: 14 Sexo: M

Hora inicio 19:30 Hora fin: 20:00 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 PAULA B

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S810-HERIDA DE LA RODILLA IZQ	1. S810-HERIDA DE LA RODILLA IZQ

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE	FGR	1 - 1i Interv 100%
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION:
EXTENDIENDO LA LESION PRE EXISTENTE A 15CM EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA.

HALLAZGOS :

HERIDA CORTOCONTUSA DE +-12CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO DEBRIDAMIENTO DE HERIDA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A 15CM. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO .
SE PRACTICO SUTURA EN 2 PLANOS DE 11CM QUEDANDO UN DEFECTO CUTANEO DE 4CM CUADRADOS, POR LO QUE SE ACUDIO AL COLGAJO FACIO CUTANEO PARA CUBRIMIENTO DEL DEFECTO SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO + ESPARADRAPO.
NO COMPLICACIONES.
SANGRADO 120ML.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. Francisco H. Garcia Ramirez
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

1117517109

ADMISION N_: 166165

NOMBRE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN **Num. Id-:** TI 1117517109
FECHA NACIMIENTO: 2009.03.16 **EDAD:** 14 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 19:19:04 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 19:19
DIRECCION: VEREDA GUACIMOS **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3208194480
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ALEYDA OLAYA
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.09.06

<< REGISTRO: 19:19:04 >> (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 HERIDA DE RODILLA IZQUIERDA

REVISION POR SISTEMA

NORMALES

ANTECEDENTES

--><<2023.09.06-10:45:46>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 166113
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A.

--><<2023.09.06-19:35:10>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 166165

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2023.09.06-20:53:12>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 166165
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

1117517109

ADMISION N_: 166165

NOMBRE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN **Num. Id-:** TI 1117517109

FECHA NACIMIENTO: 2009.03.16 **EDAD:** 14 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 19:19:04 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 19:19

DIRECCION: VEREDA GUACIMOS **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3208194480

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ALEYDA OLAYA

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES **TA:** 120/80 **FC:** 80 **FR:** 18 **Tmp:** 36.0 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : RODILLA IZQ HERIDACORTOCONTUSA DE 12 CM EN CARA ANRTERIOR CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PERDIDA CUTANEA CONTAMINADA CON TIERRA .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S810 HERIDA DE LA RODILLA

ANALISIS/PLAN

PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA IZQUIERDA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-19:18:58 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX NRMALES

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2023.09.06 **HORA DE EGRESO:** 19:18:58 **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_ : 166165 - 10000

NOMBRE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN C.C. -TI-RC-OTRO 1117517109

EDAD: 14 A FECHA DE NACIMIENTO: 2009.03.16 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA GUACIMOS TELEFONO: 3208194480

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ALEYDA OLAYA TELEFONO: 3208194480

FECHA: **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:**

2023.09.06 LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.09.06-10:45:46>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 166113

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

--->><<2023.09.06-19:35:10>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 166165

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2023.09.06-20:53:12>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 166165

NO REFIERE

EXAMEN FISICO:

PA: 124/60 **FC:** 89 **FR:** 22 **PESO:** 60 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
ABRASIONES SUPERFICIALES EN REGION FRONTAL, SUPERCILIAR, PARPADO SUPERIOR, MALAR Y MEJILLA DERECHA Y EN LABIO SUPERIOR Y MENTON

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. ABRASIONES EN PARED ANTERIOR DEL TORAX

ABDOMEN:
ABRASIONES EN HEMIABDOMEN Y CADERA DERECHA CON TATUAJE TRAUMATICO

EXTREMIDADES:
HERIDA PROFUNDA EN RODILLA IZQUIERDA, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS, RODEADA DE TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CON IMPACTACION DE CUERPOS EXTRAÑOS

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 166165 - 10000

NOMBRE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN C.C. -TI-RC-OTRO 1117517109

EDAD: 14 A FECHA DE NACIMIENTO: 2009.03.16 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA GUACIMOS TELEFONO: 3208194480

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ALEYDA OLAYA TELEFONO: 3208194480

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 BVJAO

MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

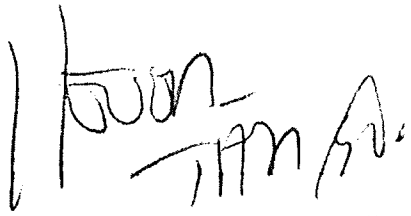
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.09.06 **HORA:** 19:35:07

SERVICIO: ORTOPEDIA Y 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
Nieto	Olaya	Jerxne Steban	1117517109

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
6 7 23	14 1	H ☐ M ☐	1,71	65	~~1~~ 2 3 4 5 U

SERVICIO: Cx | 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: Fractura cuello de radio abierta + [illegible]

OPERACION PROPUESTA [illegible]

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

NO | NO | NO

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI ___ NO ___ VIA AEREA DIENTES CUELLO

IOT SI ___ NO ___

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: [illegible]

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
//	GENERAL

RESUMEN Y PLAN: [illegible]

ESTADO PSICOLOGO: [illegible]

RESERVA | ACEPTA | RECHAZA

NECESITA SANGRE: NO C.C.

PREMEDICACION: NO

FIRMA: [illegible]

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Cx

REPARACION E / A / C

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

HORA

	NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

OTRAS

HEMORRAGIA: Negra

REFLEJOS: pos

MOTILIDAD: pos

RECUPERACION: OK

CONCIENCIA: OK

DIURESIS: OK

SENSIBILIDAD: OK

PIEL: rosa hidr.

COMENTARIOS

Ingresa urgencias 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: Mejor

FIRMA: [illegible]

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 — 22 20 18 16 14 12 10 8 6 4 2 — 110 100 90 160 150 130 110 90 70 50 30 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 ▬

ECG ∧∧∧

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1
2
3
4
5

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL ____ C.C. ____ C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

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

NEIVA,18-Sep-2023 08:56:4

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 09:41
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 14 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN	1 NIVEL I	HOBO	VEREDA GUACIMOS	3208194480

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.06	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	30.00
2023.09.06	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	MVT	10.00
2023.09.06	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	3.00
2023.09.06	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.09.06	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	MVT	1.00
2023.09.06	BRA	SURURA	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	MVT	1.00
2023.09.06	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	200.00
2023.09.06	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	200.00
2023.09.06	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.06	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	MVT	1.00
2023.09.06	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	MVT	3.00
2023.09.06	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	5.00
2023.09.06	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	3.00
2023.09.06	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	MVT	1.00
2023.09.06	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2023.09.06	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.09.06	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.09.06	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00
2023.09.06	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	MVT	2.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16318

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166165 Fecha 06/09/23

Nombre Paciente: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN 1117517109 Edad: 14 Sexo: M

Hora inicio 20:00 Hora fin: 20:30 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 PAULA BARRAGAN

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S019-HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	1. S019-HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA, TORAX, PELVIS Y EXTREMIDADES.	2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA, TORAX, PELVIS Y EXTREMIDADES.
3. S810-HERIDA DE LA RODILLA	3. S810-HERIDA DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	HAP	1 - 1i Interv 100%
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	HAP	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HAP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: CARA: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HEMICARA DERECHA. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO (SEDA) A NIVEL SUPRACILIAR DERECHA DE MAS O MENOS 3 CM, CON BORDES MACERADOS, IRREGULARES Y NECROTICOS.
TORAX: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN PARED TORACICA ANTERIOR.
PELVIS: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA Y REGION LUMBAR DERECHOS.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN ANTEBRAZO Y PIERNA IZQUIERDOS. HERIDA EXTENSA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQUIERDA.

DESCRIPCION:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- RETIRO DE PUNTOS DE AFRONTAMIENTO DE SEDA EN CARA ENCONTRANDO HERIDA PROFUNDA, SIN EXPOSICION OSEA.
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, MACERADOS, IRREGULARES Y NO VIABLES.
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN CARA (SUPRACILIAR DERECHA) CON PUNTOS SEPARADOS DE PROLENE. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- 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 HERIDA Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

NOTA: ORTOPEDIA REALIZA EL MANEJO DE LA HERIDA EN RODILLA.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16318

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166165 Fecha 06/09/23

Nombre Paciente: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN 1117517109 Edad: 14 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. 17.708.263 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

1117517109

ADMISION N_: 166165

NOMBRE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN **Num. Id-:** TI 1117517109
FECHA NACIMIENTO: 2009.03.16 **EDAD:** 14 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 20:53:11 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 20:53
DIRECCION: VEREDA GUACIMOS **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3208194480
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ALEYDA OLAYA
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.09.06

<< REGISTRO: 20:53:11 >> (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: CFI CONSULTA DE FISIOTERAPIA **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

ACCIDENTE DE TRANSITO.

REVISION POR SISTEMA

NO REFIERE

ANTECEDENTES

--><<2023.09.06-10:45:46>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 166113

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

--><<2023.09.06-19:35:10>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 166165

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2023.09.06-20:53:12>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 166165
NO REFIERE

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1117517109

ADMISION N_: 166165

NOMBRE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN **Num. Id-:** TI 1117517109

FECHA NACIMIENTO: 2009.03.16 **EDAD:** 14 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 20:53:11 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 20:53

DIRECCION: VEREDA GUACIMOS **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3208194480

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ALEYDA OLAYA

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 110/60 **FC:** 70 **FR:** 16 **Tmp:** 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HEMICARA DERECHA. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO (SEDA) A NIVEL SUPRACILIAR DERECHO DE MAS O MENOS 3 CM, CON BORDES MACERADOS, IRREGULARES Y NECROTICOS.
TORAX: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN PARED TORACICA ANTERIOR.
PELVIS: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA Y REGION LUMBAR DERECHOS.
EXTREMIDADES: TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDOS. HERIDA EXTENSA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQUIERDA.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S019 HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S810 HERIDA DE LA RODILLA

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: 2023.09.06-20:00:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2023.09.06 **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: _____

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

NEIVA,18-Sep-2023 08:57:2

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS

TIPO CONTRATO
EVENTO

ANEXO1

VIA INGRESO AMBULATORIA
MOTIVO 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN
001 0 SOAT 50% DESC

REGIMEN
OTRO REGIMEN

EDAD
14 Años

ANEXO2:

Fecha Ingreso: 2023.09.0 09:41
Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

ESTRATO:
1 NIVEL I

MUNICIPIO
HOBO

DIRECCION
VEREDA GUACIMOS

TELEFONO
3208194480

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.06	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2023.09.06	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	30.00
2023.09.06	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	MVT	10.00
2023.09.06	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	30.00
2023.09.06	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	4.00
2023.09.06	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	MVT	1.00
2023.09.06	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	16.00
2023.09.06	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	4.00
2023.09.06	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.09.06	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	MVT	1.00
2023.09.06	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	MVT	2.00
2023.09.06	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 2	MVT	2.00
2023.09.06	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	MVT	1.00
2023.09.06	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	MVT	1.00
2023.09.06	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	MVT	1.00
2023.09.06	ZMQ	MASCARLA	MASCARA LARINGEA NO. 4	MVT	1.00
2023.09.06	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	300.00
2023.09.06	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	300.00
2023.09.06	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	MVT	1.00
2023.09.06	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	MVT	1.00
2023.09.06	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.06	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.06	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	MVT	1.00
2023.09.06	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	MVT	1.00
2023.09.06	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	MVT	1.00
2023.09.06	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	5.00
2023.09.06	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	8.00
2023.09.06	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2023.09.06	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.09.06	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.09.06	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	MVT	2.00
2023.09.06	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	MVT	2.00

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202309060001 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 06 MES 09 AÑO 2023 **Autorización:** XXX
No. de Historia Clínica TI1117517109
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
LEYNER STEBAN	NIETO	OLAYA	M F

Documento Identidad C.C. T.I. R.C. No. 1117517109
Dirección VEREDA LOS GUASIMOS Teléfono 3208194480 Edad 14 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural
Lugar y Fecha de Nacimiento - 16/03/2009
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 06 M 09 A 2023	Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Fecha de Egreso	Consulta Externa		
D 06 M 09 A 2023	Hospitalización		
	Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	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 14 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-20 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE PASAJERO POR CARRETERA LOCAL VIA YAGUARA-HOBO CUANDO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO QUE HAY EN LA VIA PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA CON HEMATOMA EN REGION FRONTAL Y HERIDA EN CEJA DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA ADEMAS A NIVEL DE RODILL A IZQUIERDA PRESENTA DOLOR A LOS MOVIMIENTOS, PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD EN ROTULA MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFAL MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADES EUTROFICAS CON CONTUSION EN RODILLA Y HERIDA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

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 06:43 Hora 06 Minutos 43

Nombre de la persona que solicita la Remisión

MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 06:43 Hora 06 Minutos 43

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE LA RODILLA	S800
HERIDA DE LA RODILLA	S810

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-20 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE PASAJERO POR CARRETERA LOCAL VIA YAGUARA-HOBO CUANDO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO QUE HAY EN LA VIA PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA CON HEMATOMA EN REGION FRONTAL Y HERIDA EN CEJA DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA ADEMAS A NIVEL DE RODILLA IZQUIERDA PRESENTA DOLOR A LOS MOVIMIENTOS, PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD EN ROTULA MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFAL MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADES EUTROFICAS CON CONTUSION EN RODILLA Y HERIDA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
100/80	85	36.50	20	170.0	60.00	

Hallazgos del Examen Físico

NORMAL BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza:**Anormal CONTUSION EN CABEZA CON HEMATOMA - **Cuello:**Normal NORMAL - **Torax:**Normal NORMAL - **Abdomen:**Normal NORMAL - **G/U:**Normal NORMAL - **Extremidades:**Anormal TRAUMATISMO EN PIERNA IZQUIEREDA Y DERECHA CON LEVE HEMATOMA EN LA PIERNA IZQUIERDA CON LIMITACION - **Neurológico:**Normal NORMAL - **Nariz:**Normal NORMAL - **Oidos:**Normal NORMAL - **Boca:**Normal NORMAL - **Ojos:**Normal NORMAL - **Piel:**Normal NORMAL - **Ano:**Normal NORMAL - **Osteomuscular:**Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (934) SEDA 3 C/A SC 24 REF: 184 45 CM *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015693) JERINGA 1 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (00021136106) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000215R13) CATETER YELCOS 22 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02BD0267011) DIPIRONA SOL INY 2 5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM00031553) VENDA ELASTICA 6X5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V004154) VENDA ALGODON N. 6*5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0001096) TAPON HEPARENIZADO *Dosis:* 1;

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE

OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE LA RODILLA	S800
HERIDA DE LA RODILLA	S810

Observaciones o Sugerencias

REMISION POR ORTOPEDIA

Impreso por:

ANA YAMITH MONTEALEGRE
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.117.517.109

NIETO OLAYA
APELLIDOS

LEYNER STEBAN
NOMBRES

Leyner
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2009
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-MAR-2027 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

17-MAR-2016 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1904300-60841235-M-1117517109-20160728 0050522215A 1 44915939

5

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10023093913

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KXM47F	AKT	AK125CR4 EIII	2021

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	GRIS MATE VERDE	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMITQ064413	N	9F2D21255M5004308

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2D21255M5004308	N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

RIAÑOS SALAZAR GEIDER SEBASTIAN

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1003801166

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

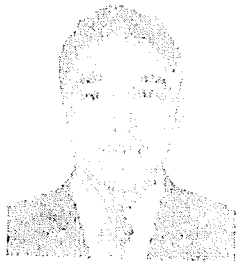
NUMERO 1.079.409.953
CUEVANA MEDINA

APELLIDOS

YESID

NOMBRES

FIRMA



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902020000115465

I/E
I

FECHA IMPORT.
11/09/2020

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

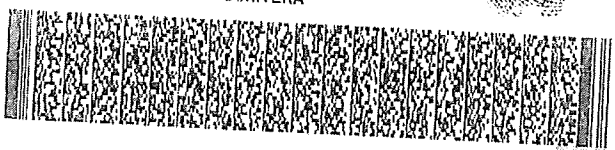
FECHA MATRÍCULA
22/09/2020

FECHA EXP. LIC. TTO
08/06/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA





LT020065480G2



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1988
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

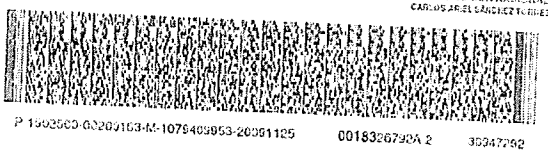
1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-AGO-2009 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P 1902500-G0269163-M-1075409953-20091125 0018326790A 2 30947092

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022-12-20	2022-12-21	2023-12-20

	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1086775700	KXM47F	MOTOS	PARTICULAR	124	2021

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHICULAR	CARROCERÍA
2	AKT	AK125CR4 EIII	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
157FMITQ064413	9F2D21255M5004308	9F2D21255M5004308	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CUEVARA MEDINA, YESID	3123002747	CC	1079409953	HOBO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

[illegible]	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONDO	TASA RUNT
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278100

ANAPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800*	SALARIO
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	S
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	MÍNIMOS LEGALES
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	DIARIOS

FIRMA AUTORIZADA

Tarifas (x) SMLDV, para las siguientes tarifas: 100, 113, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 / 2022.

Sumado 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 retención 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, denuncia 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

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:	**KXM47F**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10023093913**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125CR4 EIII**
MODELO:	**2021**	COLOR:	**GRIS MATE VERDE**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMITQ064413**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D21255M5004308**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D21255M5004308**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**22/09/2020**
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
8096775700	20/12/2022	21/12/2022	20/12/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
79279109	18/09/2020	19/09/2020	18/09/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
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 ,2023.10.07	16:40:53	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52961

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 166114
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.09.06 - 09:46 | 2023.09.06 - 17:24

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID EDAD : 35 Años
DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 HOBO TELEFONO: 3123002747
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	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
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.06	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.06	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.06	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.09.06	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.09.06	879301		MJJ				1	648,100	648,100
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.09.06	879150		MJJ				1	683,300	683,300
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.09.06	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.06	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.09.06	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.06	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.06	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.06	890402		DAO				1	71,300	71,300

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

Recibido!
3 de Noviembre del 2023
20206626

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 ***1000 AUTORIZA***

Cufe: 39c37a7b3a645aa2f51e527df51b266808b3a342be706(1d7ad177f3ed6

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia JJILLO 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 ,2023.10.07	16:40:53	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52961

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
AUTORIZACION
VIA DE INGRESO URGENCIAS
ORDEN SS 166114
FEC-HOR INGRES 2023.09.06 - 09:46
FEC-HORA EGRESO 2023.09.06 - 17:24

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID
EDAD : 35 Años
DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 HOBO
TELEFONO: 3123002747

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	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
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19986775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.06	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.06	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.06	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.09.06	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.09.06	879301		MJJ				1	648,100	648,100
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.09.06	879150		MJJ				1	683,300	683,300
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.09.06	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.06	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.09.06	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.06	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.06	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.06	890402		DAO				1	71,300	71,300

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEEDIA 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: 39c37a753a645aa2f51e527df51b266808b3a342be7060b2f3b86aa16f91488f905b8b1bdf7f9375d7a4d7ad177f3cd6

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

51

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 ,2023.10.07	16:40:53	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52961

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.06	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.06	S22101		LMM				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	3,543,669	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,543,669

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.07 04:43:43 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: 39c37a7b3a645aa2f51c527df51b266808b3a342be7060b2f3b86aa16f91486f905b8b1bdf7f9375d7a4d7ad177f3cd6

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:	52961
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,048,750
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,494,919
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 ,2023.10.07	16:40:53	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52961

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: 166114

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.06 - 09:46
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.06 - 17:24

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID
EDAD : 35 Años
DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 HOBO
TELEFONO: 3123002747

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	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
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.06	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.06	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.06	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.09.06	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.09.06	879301		MJJ				1	648,100	648,100
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.09.06	879150		MJJ				1	683,300	683,300
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.09.06	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.06	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.09.06	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.06	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.06	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.06	890402		DAO				1	71,300	71,300

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

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

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

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

Cufe: 39c37a7b3a645aa2f51e527df51b266808b3a342be7060b2f3b86aa16f91488f905b8b1bdf7f9375d7a4d7ad177f3cd6

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 ,2023.10.07	16:40:53	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52961

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.06	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.06	S22101		LMM				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	3,543,669	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,543,669

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.07 04:43:43 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: 39c37a7b3a645aa2f51e527df51b266808b3a342be7060b2f3b86aa16f91488f905b8b1bdf7f9375d7a4d7ad177f3cd6

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

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

EHT

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- 52961

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

GUEVARA — 1er.Apellido o Razon Social

MEDINA — 2do.Apellido

YESID — 1er.Nombre

2do.Nombre

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

No. Documento: 1079409953

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 1988/08/8 Sexo: F M X

Direcci¾n: CALLE 4 N 04 72

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123002747

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: VIA YAGUARA HOBO

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/6 Hora: 06:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Zona: U R X

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KXM47F, 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: KXM47F

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 8096775700 Cobro excedente P¾liza Si No X

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/21 Hasta: 2023/12/20

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

RIAÑOS — 1er.Apellido o Razon Social

SALAZAR — 2do.Apellido

GEIDER — 1er.Nombre

SEBASTIAN — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC X CE PA NIT TI RC

No. Documento 1003801166

33

Direccion: CALLE 4 N 04 72

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3123002747 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
GUEVARA	MEDINA

1er.Nombre	2do.Nombre
YESID	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1079409953

Direcci¾n: CALLE 4 N 04 72

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3123002747

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/6 a las 06:54

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: 2023/09/6 a las 07:09

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

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

Profesional que recibe: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

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

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

Fecha de ingreso: 2023/09/6 **a las** 09:46

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Fecha de Egreso: 2023/09/6 **a las** 17:24

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

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

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

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

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3543669	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

32

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

EPICRISIS No. 59536

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 — HORA DE INGRESO: 09:46
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.09.06 — HORA DE EGRESO: 17:24
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
CONFIRMADO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
RELACIONADO1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.06-10:15:15 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 KXM47F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 9+40
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE HOBO- HUILA , DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, CON AMENSIA DEL EVENTO Y CEFALEA LA CUAL CALIFICA EN 9//10 E ESCALA VISUAL DEL DOLOR , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 116/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 PESO: 90 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 ABRASIONES EN HEMICARA IZQ CON DOLOR PERIORBITARIO Y MAXILAR SUPERIOR, ADEMAS LIMITACION A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS, CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HEMITORAX IZQ CON TATUAJE ABRASIVO
<<ABDOMEN>>

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

EPICRISIS No. 59536

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN MANOS BILATERALES Y ANTEBRAZO IZQ CON HERIDA EN RODILLA IZQ DE APROX 12 CM CN TATUAJE ABRASVIO PERILESIONAR ADEMAS ABRASIONES EXTENSAS QUE COMPROMNETEN PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQ, ANTEBRAZO Y CODO EDREECHO CON ABRASIONES NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
CON ABRASIONES EXTENSAS SUCIAS CONTAMINADAS EN ANTEBRAZO IZQ, MANOS BILATERALES, RODILLA IZQ CON HERDIA DE APROX 12 CM CON TATAUJE ABRASIVO PERILESIONAR, EN TOBILLO IZQ, CODO DERECHO CON ABRASIONES
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

SE SOLICITA, PT, PTT, HEMOGRAMA, CREATININA, Y BUN

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

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

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

EPICRISIS No. 59536

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HROAS.. DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 MP 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: 23.09.06-11:39:02 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:17 / 10:23 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:17 HRS// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

FECHA: 23.09.06-12:36:26 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

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

EPICRISIS No. 59536

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

INFILTRADOS.

TAC MAXILAR INFERIOR NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO 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

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.09.06-12:40:51 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: 10310 NEU: 75.9 % HGB: 14.6 HCT: 41.3 PLQ: 315000 (NORMAL)
PT: 15.9 PTT: 29.7 INR: 1.07(NORMAL)
CREATININA: 0.7 BUN: 9.0 (FUNCION RENAL NORMAL)

PARACLINICOS DE BAJO RIESGO PARA ENFERMDAD GRAVE.

***** FECHA: 23.09.06-13:03:51 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 123/73 MMHG, FC: 80 X MIN, FR: 18 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQUIERDO 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:

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

EPICRISIS No. 59536

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

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

TRAUMA CERRADO DE TORAX

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

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

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

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

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.09.06-17:24:45 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.
SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 95%
PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR TRAUMATOLOGIA, YA DESCARTADO LESION POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO POR ORTOPEDIA.

***** FECHA: 23.09.06-17:24:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*****

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-17:24:50 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. 59536

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
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

RM 1118849376
MÉDICO GENERAL

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 166114

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166114 **Fecha** 2023/09/6

Nombre Paciente: GUEVARA MEDINA YESID - 1079409953 **Edad:** 35 **Sexo:** M

Quien Realiza: LMM- LUISA MARIA MONJE ROJAS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 10:17 HRS// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

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 09:47:5

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:	
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	35 Años		2023.09.0	09:46
				Fecha Egreso :	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1079409953 GUEVARA MEDINA YESID	1 NIVEL I	HOBO	CALLE 4 N 04 72	3123002747

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.06	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	LMM	2.00
2023.09.06	ZMQ	I ESPUMA	ISODINE ESPUMA CC	LMM	10.00
2023.09.06	ZMQ	I SOLUCION	ISODINE SOLUCION CC	LMM	10.00
2023.09.06	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	LMM	2.00
2023.09.06	ZMQ	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LMM	8.00

PACIENTE: 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID **EDAD:** 35

DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 **TELEFONO:** 3123002747

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58672 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.06 **Nº POLIZA:** 8096775700

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					
10:16:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:16:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:16:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:16:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:16:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	DIS1	
10:16:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:16:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	DIS1	
10:16:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	6.00		DIA	DIS1	
10:16:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	3.00		DIA	DIS1	
10:16:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DIS1	
10:16:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 22.00

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

GUEVARA MEDINA YESID
1079409953
Masculino
35 Años

Orden No. 202309060024

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	10.31	x 10^3/ul			06/09/2023 11:29
Recuento de Globulos Rojos	4.78	x 10^6/ul		3.50 - 5.50	06/09/2023 11:29
Hemoglobina	14.6	g/dl		11.0 - 15.0	06/09/2023 11:29
Hematocrito	41.3	%		36.0 - 48.0	06/09/2023 11:29
Volumen Corpuscular Medio	86.5	fl.		80.0 - 99.0	06/09/2023 11:29
Hemoglobina Corpuscular Media	30.6	pg		26.0 - 32.0	06/09/2023 11:29
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.3	g/dl		32.0 - 36.0	06/09/2023 11:29
Recuento de Plaquetas	315	x 10^3/ul		150 - 450	06/09/2023 11:29
Neutrofilos %	75.9	%	*	50.0 - 70.0	06/09/2023 11:29
Linfocitos %	16.5	%	*	20.0 - 40.0	06/09/2023 11:29
Monocitos %	7.0	%		1.0 - 8.0	06/09/2023 11:29
Eosinofilos %	0.60	%	*	3.00 - 7.00	06/09/2023 11:29
Basofilos %	0.00	%		0.00 - 1.00	06/09/2023 11:29
Neutrofilos #	7.83	x 10^3/ul	*	2.00 - 7.80	06/09/2023 11:29
Linfositos #	1.70	x 10^3/ul		0.60 - 4.10	06/09/2023 11:29
Monocitos #	0.72	x 10^3/ul		0.10 - 1.80	06/09/2023 11:29
Eosinofilos #	0.06	x 10^3/ul	*	0.30 - 0.70	06/09/2023 11:29
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul		0.00 - 0.10	06/09/2023 11:29
Volumen Plaquetario Medio	8.9	fL		7.4 - 10.4	06/09/2023 11:29
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	45.9	fl.		39.0 - 46.0	06/09/2023 11:29
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.8	%		11.5 - 14.5	06/09/2023 11:29
PDW	15.8				06/09/2023 11:29
PCT	0.281	%			06/09/2023 11:29
BIOQUIMICA					
NITROGENO UREICO	9.00	mg/dl		9.00 - 20.00	06/09/2023 11:40
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7	mg/dl		0.7 - 1.3	06/09/2023 11:40

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 8613405 Neiva

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

GUEVARA MEDINA YESID
1079409953
Masculino
35 Años

Orden No. 202309060024

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	15.90	seg	11.30 - 18.30	06/09/2023 11:38
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	29.70	seg	22.00 - 38.00	06/09/2023 11:40
INR	1.07			06/09/2023 11:38

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

CERTIFICACION

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

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los seis (06) días del mes de octubre de 2023.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

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 IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	2023	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 11.046.420,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.046.420,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

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

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	76232117	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:	23.09.20
HORA:	09:51:02
PAGINA No:	1

Numero: 82498 Fecha Ex. 06/09/23 Hora 10:53
Nombre Paciente: 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID
Dirección: CALLE 4 N 04 72 Telefono:3123002747 Edad:35 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
Sin focos de fracturas.

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 MANO DERECHA

*HALLAZGOS

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

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 izquierda.
No se identifica focos de fracturas de la calota craneana.
Hay opacidad aislada hacia el seno etmoidal izquierdo en su aspecto anterosuperior.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
La cisterna de la base el sistema ventricular cortical presenta morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.
Anotándose artefactos hiperdensos focales hacia el aspecto central del endocraneo.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

TAC DE CARA

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:	09:51:02
PAGINA No:	2

Numero: 82498 Fecha Ex. 06/09/23 Hora 17:10
Nombre Paciente: 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID
Dirección: CALLE 4 N 04 72 Telefono:3123002747 Edad:35 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

*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.
Nuevamente se advierte la opacidad anterosuperior del laberinto etmoidal izquierdo.
El puente nasal tiene características satisfactorias, pero se advierte solución de continuidad del puente nasal con aplanamiento en su arco central para correlacionar y controlar.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios, pero se advierte engrosamiento mucoperiostico polipoide hacia el piso de los senos maxilares.

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:
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.
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.

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:	09:51:02
PAGINA No:	3

Numero: 82498 Fecha Ex. 06/09/23 Hora 17:12
Nombre Paciente: 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID
Dirección: CALLE 4 N 04 72 Telefono:3123002747 Edad:35 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

No se confirma cardiomegalia.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
No se observan masas ni nódulos mediastinales.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA DEL TÓRAX:
Dentro de límites normales.

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

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

Neiva, 06 SEP. 2023

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo YESID GUEVARA MEDINA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1079409953, 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 DD/MM/AAAA a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente



Firma
Nombre: YESID GUEVARA MEDINA
c.c. 1079409953

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202309060002 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 06 MES 09 AÑO 2023 **Autorización:** XXX
No. de Historia Clínica CC1079409953
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
YESID	GUEVARA	MEDINA	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1079409953
Dirección FINCA SANTA ANA Teléfono 0 Edad 35 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 08/08/1988
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

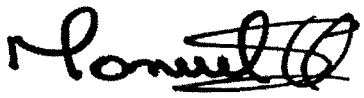
Fecha de Ingreso
D 06 M 09 A 2023
Fecha de Egreso
D 06 M 09 A 2023

Servicio que Remite		Especialidad
Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Consulta Externa		
Hospitalización		
Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Remisión	
Nivel de Competencia	X
No hay Recurso Humano	
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	
Otro	

Médico que Remite
Nombre MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVIDEO
Firma y Sello



C.C 72216783
Registro Médico 72216783

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-20 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CARRETERA LOCAL VIA YAGUARA-HOBO CUANDO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO QUE HAY EN LA VIA PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA CON HEMATOMA EN REGION FRONTAL PRESENTA DOLOR + EDEMA ADEMAS A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PRESENTA DOLOR A LOS MOVIMIENTOS, PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD Y DEFORMIDAD EN DEDOS DE MANO A NIEVL DE RODILLA IZQUIERDA PRESENTA EDEMA +DOLOR DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFAL MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADES EUTROFICAS CON CONTUSION EN AMBAS RODILLA Y HERIDA MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON DOLOR Y EDEMA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

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 06:54 Hora 06 Minutos 54
Nombre de la persona que solicita la Remisión
MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA .)
Hora Confirmación 06:54 Hora 06 Minutos 54
Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)
XXX
Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)
Hora _____ Minutos _____
Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	S602
CONTUSION DE LA RODILLA	S800

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:
PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-20 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CARRETERA LOCAL VIA YAGUARA-HOBO CUANDO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO QUE HAY EN LA VIA PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA CON HEMATOMA EN REGION FRONTAL PRESENTA DOLOR + EDEMA ADEMAS A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PRESENTA DOLOR A LOS MOVIMIENTOS, PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD Y DEFORMIDAD EN DEDOS DE MANO A NIEVL DE RODILLA IZQUIERDA PRESENTA EDEMA +DOLOR DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFAL MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADES EUTROFICAS CON CONTUSION EN AMBAS RODILLA Y HERIDA MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON DOLOR Y EDEMA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
110/80	85	36.50	20	165.0	71.00	

Hallazgos del Examen Físico

NORMAL BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza**:Anormal CONTUSION EN CABEZA CON HEMATOMA - **Cuello**:Normal NORMAL - **Torax**:Normal NORMAL - **Abdomen**:Normal NORMAL - **G/U**:Normal NORMAL - **Extremidades**:Anormal TRAUMATISMO EN PIERNA IZQUIEREDA Y DERECHA CON LEVE HEMATMA EN LA PIERNA IZQUIERDA SIN LIMITACION DE LA ARCADA DE FLESION DE LAS PIERNAS - **Neurológico**:Normal NORMAL - **Nariz**:Normal NORMAL - **Oidos**:Normal NORMAL - **Boca**:Normal NORMAL - **Ojos**:Normal NORMAL - **Piel**:Normal NORMAL - **Ano**:Normal NORMAL - **Osteomuscular**:Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000215R1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0001096) TAPON HEPARENIZADO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (00021136106) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02BD0267011) DIPIRONA SOL INY 2 5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM00031553) VENDA ELASTICA 6X5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V004154) VENDA ALGODON N. 6*5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015693) JERINGA 1 CC *Dosis:* 1;

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	S602
CONTUSION DE LA RODILLA	S800

Observaciones o Sugerencias

REMISION POR ORTOPEDIA

Impreso por:

ANA YAMITH MONTEALEGRE
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10023093913

PLACA: KXM47F	MARCA: AKT	LÍNEA: AK125CR4 EIII	MODELO: 2021
CILINDRADA CC: 124	COLOR: GRIS MATE VERDE		SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ: 2
NÚMERO DE MOTOR: 157FMITQ064413		REG: N VIN: 9F2D21255M5004308	
NÚMERO DE SERIE: *****		REG: N NÚMERO DE CHASIS: 9F2D21255M5004308	REG: N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RIAÑOS SALAZAR GEIDER SEBASTIAN

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1003801166

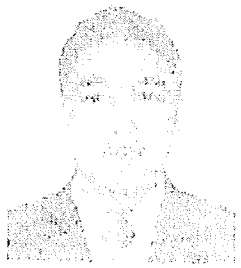
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.409.953
GUEVARA MEDINA

APELLIDOS
YESID

NOMBRES

FIRMA



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE
*****

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902020000115465

M/E
I

FECHA IMPORT.
11/09/2020

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
*****

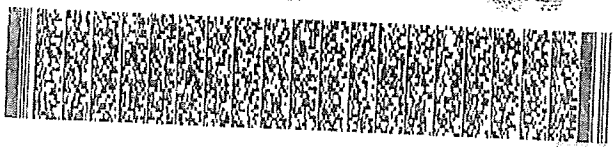


FECHA MATRÍCULA
22/09/2020

FECHA EXP. LIC. TTO
08/06/2021

FECHA VENCIMIENTO
*****

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT020065480G2



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1988
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

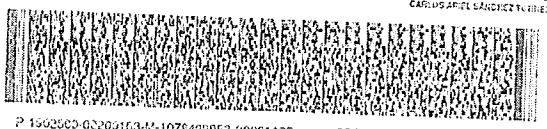
1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-AGO-2009 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1502503-00200103-M-1079469953-20091125 0018326729A 2 35347262

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.117.517.109

NIETO OLAYA
APELLIDOS

LEYNER STEBAN
NOMBRES

Leiner
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2009
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-MAR-2027 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
17-MAR-2016 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1904300-60841235-M-1117517109-20160728 0050522215A 1 44915989

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022-12-20	2022-12-21	2023-12-20

No. POLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA TON	MODELO
8006775700	KXM47F	MOTOS	PARTICULAR	124	2021

PASAJER OS	MARCA	LÍNEA VEHICUL	CARROCERÍA
2	AKT	AK125CR4 EIII	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
157FMITQ064413	9F2D21255M5004308	9F2D21255M5004308	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
BUEVARA MEDINA, YESID	3123002747	CC	1079409953	HOBO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

... F	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONDO A	TASA RUNT
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR
$ 278100

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800*	SALARIO
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	S
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	MÍNIMOS LEGALES
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	DIARIOS

FIRMA AUTORIZADA

*Hasta 500 SMLMV, para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 de 2022.

Sobre el 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 un 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 168 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, para 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 los 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

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:	**KXM47F**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10023093913**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125CR4 EIII**
MODELO:	**2021**	COLOR:	**GRIS MATE VERDE**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMITQ064413**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D21255M5004308**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D21255M5004308**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**22/09/2020**
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
8096775700	20/12/2022	21/12/2022	20/12/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
79279109	18/09/2020	19/09/2020	18/09/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 02:37:06 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC152961

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
39c37a7b3a645aa2f51e527df51b266808b3a342be7060b2f3b8 6aa16f91488f905b8b1bdf7f9375d7a4d7ad177f3cd6

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3543669

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-06 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
9e4e045a4f9584e3c7f925b4b9a313dc30742ca4f8842cde43e1 5390a0e2c0f3610a812dadf6b70ff13fc17e3b60b042

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-07 04:43:43.000 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 02:37:06 PM
Página: 2

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC152961

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
39c37a7b3a645aa2f51e527df51b266808b3a342be7060b2f3b8 6aa16f91488f905b8b1bdf7f9375d7a4d7ad177f3cd6

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

CUDE:
b80c968f90f55126274dcfdedd2fc7d6268cda94144b4e3bdb3f6 4bddee7db358e698f20ebecc1ee1fb51be808690f10

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

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 12:05:09.000 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 ,2023.10.07	16:41:33	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52962

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

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 166157

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.09.06 - 09:46	2023.09.06 - 19:04

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID
EDAD : 35 Años
DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 HOBO
TELEFONO: 3123002747

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	6-Sep-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	6-Sep-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	6-Sep-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	6-Sep-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	6-Sep-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	6-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	6-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	6-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	FGR	1	119,300	119,300
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								2	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								2	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								4	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA N0.5 KRAMER								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
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								3	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								6	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								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!
3 de Noviembre del 2023
20206627

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: 18 una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA 0000 AUTORIZA

Cufe: 5b7e993ca4fba2138439c045926f31177142b1cddee87 531f3e30260ce
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia UJILLO 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 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.10.07	16:41:33	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52962

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: 166157
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.06 - 09:46
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.06 - 19:04

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1079409953 GUEVARA MEDINA YESID
EDAD : 35 Años
DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 HOBO
TELEFONO: 3123002747
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	6-Sep-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	6-Sep-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	6-Sep-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	6-Sep-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	6-Sep-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	6-Sep-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	6-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	6-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	6-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	6-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	FGR	1	119,300	119,300
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								2	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								2	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								4	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA N0.5 KRAMER								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
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								3	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								6	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								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: 5b7e993ca4fba2138439c045926f31177142b1cddee87ee4563a43497e860992b8bbd726cd21d28ee3f531f3c30760ce

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 ,2023.10.07	16:41:33	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52962

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								6	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								16	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19998147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	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								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	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	2023.09.06	890202		FGR				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.06	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	4,457,700	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,457,700

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.07 04:44:18 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 5b7e993ca4fba2138439c045926f31177142b1cddcc87ee4563a4349fe860992b8bbd726cd21d28ee3f531f3c30760ce

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:	52962
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,403,500
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,054,200
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

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- 52962

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
GUEVARA	MEDINA

1er.Nombre	2do.Nombre
YESID	

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

No. Documento: 1079409953

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 1988/08/8 Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: CALLE 4 N 04 72

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123002747

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: VIA YAGUARA HOBO

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/6 Hora: 06:00

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KXM47F, 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: KXM47F

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 8096775700 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/21 Hasta: 2023/12/20

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
RIAÑOS	SALAZAR

1er.Nombre	2do.Nombre
GEIDER	SEBASTIAN

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

No. Documento 1003801166

Direccion: CALLE 4 N 04 72

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3123002747 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
GUEVARA	MEDINA

1er.Nombre	2do.Nombre
YESID	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1079409953

Direcci¾n: CALLE 4 N 04 72

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3123002747

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/6 a las 06:54

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: 2023/09/6 a las 07:09

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

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

Profesional que recibe: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

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

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

Fecha de ingreso: 2023/09/6 **a las** 09:46

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Fecha de Egreso: 2023/09/6 **a las** 19:04

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

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

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

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

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4457700	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. 59536

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 — HORA DE INGRESO: 09:46
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.09.06 — HORA DE EGRESO: 19:04
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
CONFIRMADO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
RELACIONADO1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.06-10:15:15 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 KXM47F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 9+40
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE HOBO- HUILA , DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, CON AMENSIA DEL EVENTO Y CEFALEA LA CUAL CALIFICA EN 9//10 E ESCALA VISUAL DEL DOLOR , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 116/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 PESO: 90 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 ABRASIONES EN HEMICARA IZQ CON DOLOR PERIORBITARIO Y MAXILAR SUPERIOR, ADEMAS LIMITACION A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS, CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HEMITORAX IZQ CON TATUAJE ABRASIVO
<<ABDOMEN>>

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

EPICRISIS No. 59536

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

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN MANOS BILATERALES Y ANTEBRAZO IZQ CON HERIDA EN RODILLA IZQ DE APROX 12 CM CN TATUAJE ABRASVIO PERILESIONAR ADEMAS ABRASIONES EXTENSAS QUE COMPROMNETEN PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQ, ANTEBRAZO Y CODO EDREECHO CON ABRASIONES NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
CON ABRASIONES EXTENSAS SUCIAS CONTAMINADAS EN ANTEBRAZO IZQ, MANOS BILATERALES, RODILLA IZQ CON HERDIA DE APROX 12 CM CON TATAUJE ABRASIVO PERILESIONAR, EN TOBILLO IZQ, CODO DERECHO CON ABRASIONES
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

SE SOLICITA, PT, PTT, HEMOGRAMA, CREATININA, Y BUN

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

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

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

EPICRISIS No. 59536

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

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HROAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 MP 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: 23.09.06-11:39:02 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:17 / 10:23 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:17 HRS// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

FECHA: 23.09.06-12:36:26 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

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

EPICRISIS No. 59536

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

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

INFILTRADOS.

TAC MAXILAR INFERIOR NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO 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

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.09.06-12:40:51 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: 10310 NEU: 75.9 % HGB: 14.6 HCT: 41.3 PLQ: 315000 (NORMAL)
PT: 15.9 PTT: 29.7 INR: 1.07(NORMAL)
CREATININA: 0.7 BUN: 9.0 (FUNCION RENAL NORMAL)

PARACLINICOS DE BAJO RIESGO PARA ENFERMDAD GRAVE.

***** FECHA: 23.09.06-13:03:51 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 123/73 MMHG, FC: 80 X MIN, FR: 18 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQUIERDO 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:

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

EPICRISIS No. 59536

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

TRAUMA CERRADO DE TORAX

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

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

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

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

*** FECHA: 23.09.06-17:24:45 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.
SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 95%
PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR TRAUMATOLOGIA, YA DESCARTADO LESION POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO POR ORTOPEDIA.

*** FECHA: 23.09.06-17:24:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-17:24:50 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.06-17:35:10 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

EPICRISIS No. 59536

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA COMPLEJA DE RODILLA IZQ MAS DERMOABRASIONES

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NORMAES

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.0

** 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 : ANTEBRAZO Y MANO IZQ ESCORIACIONES MULTIPLES TATUADAS . RODILLA IZQ HERIDA CORTOCONTUSA DE 12 CM CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y ESCORIACION PERILESIONAL. PIE IZQ ESCORIACIONES
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX NORMALES

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA COMPLEJA DE RODILLA IZQ MAS DERMOABRASIONES

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: OROTPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-17:35:05 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.06-17:35:34 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 DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA COMPLEJA DE RODILLA IZQ MAS DERMOABRASIONES

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. 59536

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

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

NORMAES

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.0

** 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 : ANTEBRAZO Y MANO IZQ ESCORIACIONES MULTIPLES TATUADAS . RODILLA IZQ HERIDA CORTOCONTUSA DE 12 CM CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y ESCORIACION PERILESIONAL. PIE IZQ ESCORIACIONES
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA COMPLEJA DE RODILLA IZQ MAS DERMOABRASIONES

***** FECHA: 23.09.06-17:42:35 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 DESBRIDAMIENTYO MAS SUTURA DE HERIDA EN RODILLA IZQ MAS DERMOABRASIONES. 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: 23.09.06-18:33:50 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 B

HORA INICIAL/FINAL: 18:00 / 18:30 DURACION: 00:30

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

EPICRISIS No. 59536

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

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 16314
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
EXTENDIENDO LA LESION PRE EXISTENTE A 15CM EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQ .

HALLAZGOS :

HERIDA CORTOCONTUSA DE +-12CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQ . ESCORIACIONES TATUADAS EN ANTEBRAZO, RODILLA Y MANOS BILATERALES.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO ,SE PRACTICO DERMOABRASION EN ANTEBRAZO , MANOS Y ALREDEDOR DE HERIDA DE RODILLA, DEBRIDAMIENTO 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 .
SE PRACTICO SUTURA EN 2 PLANOS DE 11CM QUEDANDO UN DEFECTO CUTANEO DE 4CM CUADRADOS, POR LO QUE SE ACUDIO A COLGAJO FACIO CUTANEO PARA CUBRIMIENTO DEL DEFECTO SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO .
NO COMPLICACIONES.
SANGRADO 120ML

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.09.06-19:04:51 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

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

EPICRISIS No. 59536

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

PACIENTE: GUEVARA MEDINA YESID

DOC.IDENT:	CC 1079409953	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 04 72		
FCHA.NACTO:	1988.08.08	EDAD:	35 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123002747
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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: OROTPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-19:04:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

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

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-242

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16314

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166157 Fecha 06/09/23

Nombre Paciente: GUEVARA MEDINA YESID 1079409953 Edad: 35 Sexo: M

Hora inicio 18:00 Hora fin: 18:30 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 PAULA B

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S810-HERIDA DE LA RODILLA IZQ	1. S810-HERIDA DE LA RODILLA IZQ
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE	FGR	1 - 1i Interv 100%
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	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 15CM EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQ .

HALLAZGOS :

HERIDA CORTOCONTUSA DE +-12CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQ . ESCORIACIONES TATUADAS EN ANTEBRAZO, RODILLA Y MANOS BILATERALES.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO ,SE PRACTICO DERMOABRASION EN ANTEBRAZO , MANOS Y ALREDEDOR DE HERIDA DE RODILLA, DEBRIDAMIENTO 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 .
SE PRACTICO SUTURA EN 2 PLANOS DE 11CM QUEDANDO UN DEFECTO CUTANEO DE 4CM CUADRADOS, POR LO QUE SE ACUDIO A COLGAJO FACIO CUTANEO PARA CUBRIMIENTO DEL DEFECTO SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO .
NO COMPLICACIONES.
SANGRADO 120ML

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16314

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166157 Fecha 06/09/23

Nombre Paciente: GUEVARA MEDINA YESID 1079409953 Edad: 35 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. 12462-82

CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1079409953

ADMISION N_: 166157

NOMBRE: GUEVARA MEDINA YESID **Num. Id-:** CC 1079409953

FECHA NACIMIENTO: 1988.08.08 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 17:35:10 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 17:35

DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123002747

OCUPACION: 550 CELADORES Y VIGILANTES **RESPONSABLE:** YOLANDA MONTEALEGRE

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.09.06

<< REGISTRO: 17:35:10 >> (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 HERIDA COMPLEJA DE RODILLA IZQ MAS DERMOABRASIONES

REVISION POR SISTEMA

NORMAES

ANTECEDENTES

--><<2023.09.06-10:39:16>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 166114

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

--><<2023.09.06-17:47:47>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 166157

PATOLOGICOS: NEGATIVBOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/80 **FC:** 80 **FR:** 18 **Tmp:** 36.0 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

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

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1079409953

ADMISION N_: 166157

NOMBRE: GUEVARA MEDINA YESID **Num. Id-:** CC 1079409953

FECHA NACIMIENTO: 1988.08.08 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 **HORA DE INGRESO:** 17:35:10 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.06 17:35

DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123002747

OCUPACION: 550 CELADORES Y VIGILANTES **RESPONSABLE:** YOLANDA MONTEALEGRE

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : ANTEBRAZO Y MANO IZQ ESCORIACIONES MULTIPLES TATUADAS . RODILLA IZQ HERIDA CORTOCONTUSA DE 12 CM CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y ESCORIACION PERILESIONAL. PIE IZQ ESCORIACIONES
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S810 HERIDA DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

ANALISIS/PLAN

PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA COMPLEJA DE RODILLA IZQ MAS DERMOABRASIONES

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: OROTPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-17:35:05 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX NORMALES

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2023.09.06 **HORA DE EGRESO:** 17:35:05 **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_: 166157 - 1

NOMBRE: GUEVARA MEDINA YESID C.C. -TI-RC-OTRO 1079409953

EDAD: 35 A FECHA DE NACIMIENTO: 1988.08.08 SEXO: M

DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 TELEFONO: 3123002747

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: YOLANDA MONTEALEGRE TELEFONO: 3123002747

FECHA: 2023.09.06

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.09.06-10:39:16>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 166114

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

--->><<2023.09.06-17:47:47>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 166157

PATOLOGICOS: NEGATIVBOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 139/72 **FC:** 86 **FR:** 21 **PESO:** 70 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
ABRASIONES EN REGION FRONTAL IZQUIERDA

ORL: Mallampaty:
APEWRTURA 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 CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO CON IMPACTACION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN HOMBROS, BRAZOS, ANTEBRAZOS, MANOS, RODILLAS Y PIE IZQUIERDO, HERIDA PROFUNDA CON AVULSION DE TEJIDOS EN RODILLA IZQUIERDA

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 166157 - 1

NOMBRE: GUEVARA MEDINA YESID C.C. -TI-RC-OTRO 1079409953

EDAD: 35 A FECHA DE NACIMIENTO: 1988.08.08 SEXO: M

DIRECCION: CALLE 4 N 04 72 TELEFONO: 3123002747

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: YOLANDA MONTEALEGRE TELEFONO: 3123002747

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
MONITRORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

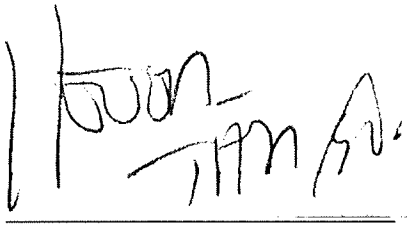
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.09.06 **HORA:** 17:47:43

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
Guevara	Mejna	Yesid	1079409953

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
6 09 23	35	H [1] M [ ]	1.65	1.70	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Qx			

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: Fiebre amplexia de codo izq y cabeza de radio

OPERACION PROPUESTA: Osteosintesis + Lig. de codo

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

N N N

ESPECIFICO

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

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Reg Bajo

RESUMEN Y PLAN: mantener bajeo anestesia general + bloq anal

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL

PREPARE ASPIRA RESERVA — NECESITA SANGRE: NO C.C.

PREMEDICACION: NO

ESTADO PSICOLOGO: Tranquilo.

FIRMA:

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Qx

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: 18:30

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 hidratante

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

COMENTARIOS:

Ingreso usuario a Sal. de recuperacion baja anestecia general

Sin complicacion

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

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejora

FIRMA:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

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

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS

CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO — LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA — LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC. FEM.

PVC X X X

1° ____

TORNIQUETE

E C G

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,16-Sep-2023 09:53:2

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:** 2023.09.0	09:46
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	35 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1079409953 GUEVARA MEDINA YESID	1 NIVEL I		HOBO	CALLE 4 N 04 72 .	3123002747

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.06	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2023.09.06	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LLR	1.00
2023.09.06	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	45.00
2023.09.06	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	LLR	10.00
2023.09.06	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	4.00
2023.09.06	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LLR	30.00
2023.09.06	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	LLR	1.00
2023.09.06	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.09.06	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LLR	16.00
2023.09.06	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2023.09.06	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	6.00
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	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LLR	2.00
2023.09.06	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LLR	2.00
2023.09.06	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2023.09.06	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	3.00
2023.09.06	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	3.00
2023.09.06	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
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	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LLR	1.00
2023.09.06	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA N0.5 KRAMER	LLR	1.00
2023.09.06	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	LLR	10.00
2023.09.06	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2023.09.06	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	10.00
2023.09.06	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2023.09.06	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	5.00
2023.09.06	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	5.00

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202309060002 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 06 MES 09 AÑO 2023 **Autorización:** XXX
No. de Historia Clínica CC1079409953
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
YESID	GUEVARA	MEDINA	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ **No.** 1079409953
Dirección FINCA SANTA ANA Teléfono 0 Edad 35 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 08/08/1988
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

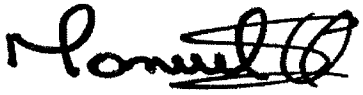
Fecha de Ingreso
D 06 M 09 A 2023
Fecha de Egreso
D 06 M 09 A 2023

Servicio que Remite		Especialidad
Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Consulta Externa		
Hospitalización		
Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Remisión	
Nivel de Competencia	X
No hay Recurso Humano	
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	
Otro	

Médico que Remite
Nombre MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVIDEO
Firma y Sello



C.C 72216783
Registro Médico 72216783

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-20 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CARRETERA LOCAL VIA YAGUARA-HOBO CUANDO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO QUE HAY EN LA VIA PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA CON HEMATOMA EN REGION FRONTAL PRESENTA DOLOR + EDEMA ADEMAS A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PRESENTA DOLOR A LOS MOVIMIENTOS, PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD Y DEFORMIDAD EN DEDOS DE MANO A NIEVL DE RODILLA IZQUIERDA PRESENTA EDEMA +DOLOR DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFAL MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADES EUTROFICAS CON CONTUSION EN AMBAS RODILLA Y HERIDA MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON DOLOR Y EDEMA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

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 06:54 Hora 06 Minutos 54
Nombre de la persona que solicita la Remisión
MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA .)
Hora Confirmación 06:54 Hora 06 Minutos 54
Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)
XXX
Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)
Hora _____ Minutos _____
Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S602
CONTUSION DE LA RODILLA	S800

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:
PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-20 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CARRETERA LOCAL VIA YAGUARA-HOBO CUANDO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO QUE HAY EN LA VIA PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA CON HEMATOMA EN REGION FRONTAL PRESENTA DOLOR + EDEMA ADEMAS A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PRESENTA DOLOR A LOS MOVIMIENTOS, PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD Y DEFORMIDAD EN DEDOS DE MANO A NIEVL DE RODILLA IZQUIERDA PRESENTA EDEMA +DOLOR DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFAL MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADES EUTROFICAS CON CONTUSION EN AMBAS RODILLA Y HERIDA MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON DOLOR Y EDEMA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
110/80	85	36.50	20	165.0	71.00	

Hallazgos del Examen Físico

NORMAL BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza**:Anormal CONTUSION EN CABEZA CON HEMATOMA - **Cuello**:Normal NORMAL - **Torax**:Normal NORMAL - **Abdomen**:Normal NORMAL - **G/U**:Normal NORMAL - **Extremidades**:Anormal TRAUMATISMO EN PIERNA IZQUIEREDA Y DERECHA CON LEVE HEMATMA EN LA PIERNA IZQUIERDA SIN LIMITACION DE LA ARCADA DE FLESION DE LAS PIERNAS - **Neurológico**:Normal NORMAL - **Nariz**:Normal NORMAL - **Oidos**:Normal NORMAL - **Boca**:Normal NORMAL - **Ojos**:Normal NORMAL - **Piel**:Normal NORMAL - **Ano**:Normal NORMAL - **Osteomuscular**:Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000215R1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0001096) TAPON HEPARENIZADO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (00021136106) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02BD0267011) DIPIRONA SOL INY 2 5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM00031553) VENDA ELASTICA 6X5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V004154) VENDA ALGODON N. 6*5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015693) JERINGA 1 CC *Dosis:* 1;

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	S602
CONTUSION DE LA RODILLA	S800

Observaciones o Sugerencias

REMISION POR ORTOPEDIA

Impreso por:



ANA YAMITH MONTEALEGRE
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10023093913

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KXM47F	AKT	AK125CR4 EIII	2021

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	GRIS MATE VERDE	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR
157FMITQ064413

REG N VIN 9F2D21255M5004308

NUMERO DE SERIE
******

REG N NÚMERO DE CHASIS 9F2D21255M5004308 REG N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
RIAÑOS SALAZAR GEIDER SEBASTIAN

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1003801166

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.409.953
CUEVAVA MEDINA

APELLIDOS
YESID

FIRMA



6

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902020000115465

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

IVE

FECHA IMPORT
11/09/2020

PUERTAS
0

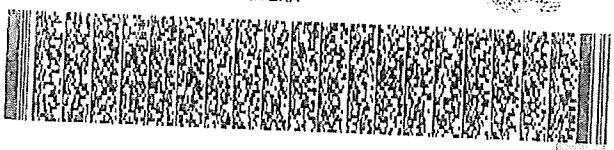
FECHA MATRÍCULA
22/09/2020

FECHA EXP. LIC. TTO
08/06/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA





LT020065-18062



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1988
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

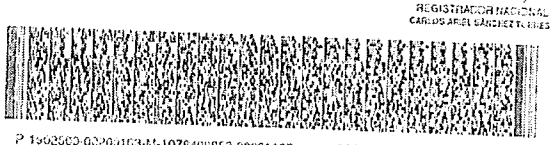
1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-AGO-2009 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1902500-00200103-M-1078403953-20091125 0018326790A 2 30947092

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.117.517.109

NIETO OLAYA
APELLIDOS

LEYNER STEBAN
NOMBRES

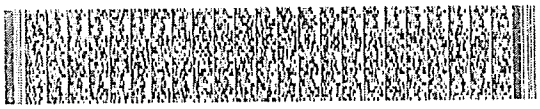
Leiner
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2009
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-MAR-2027 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
17-MAR-2016 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



P-1904300-C0841235-M-1117517109-20160728 0050522215A 1 44915939

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022-12-20	2022-12-21	2023-12-20

	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA	MODELO
1090775700	KXM47F	MOTOS	PARTICULAR	124	2021

PASAJER	MARCA	LÍNEA VEHICULO	CARROCERÍA
2	AKT	AK125CR4 EIII	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
157FMITQ064413	9F2D21255M5004308	9F2D21255M5004308	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
SUEVARA MEDINA, YESID	3123002747	CC	1079409953	HOBO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278100

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800*	SALARIO
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	S
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	MÍNIMOS LEGALES
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	DIARIOS

FIRMA AUTORIZADA

*Hasta 800 SMLDV, para las siguientes tarifas: 100, 113, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 - 2022.

Sobre el 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 gastos 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 125 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 las haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, reforencias 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

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:	**KXM47F**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10023093913**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125CR4 EIII**
MODELO:	**2021**	COLOR:	**GRIS MATE VERDE**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMITQ064413**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D21255M5004308**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D21255M5004308**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**22/09/2020**
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
8096775700	20/12/2022	21/12/2022	20/12/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
79279109	18/09/2020	19/09/2020	18/09/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
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 ,2023.10.10	15:25:03	2023.11.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53068

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: 166749,166782

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.16 - 23:30
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.17 - 19:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER
EDAD : 31 Años
DIRECCION: CLL 2A N 13 03 HOBO TELEFONO: 3206723723
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	17-Sep-2023	S55101					APG	1	86,100	86,100
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								10	580	5,800
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								20	2,238	44,760
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	2023.09.17	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.17	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.17	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.17	873206		JAB				1	62,800	62,800
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.09.17	873411		JAB				1	69,100	69,100
21140	COLUMNA CERVICAL	2023.09.17	871010		JAB				1	103,100	103,100
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.17	879111		JAB				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES	2023.09.17	879131		JAB				1	683,300	683,300

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: C
CODIGO DEL COMERCIO 0.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 187 — **na vigencia de: 12 Meses**
Modalidad ELECTRONICA De — **000 AUTORIZA**

Cufe: 47d366eb4ac76d418c685204907e40d0c7b910d97 1348 — 4eb1cf4d82a9

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D — JILLO Nit. 93.385.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P — A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.336.120 - 0

equidad seguros

Recibido!
3 de Noviembre del 2023
20206628

39

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 ,2023.10.10	15:25:03	2023.11.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53068

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: 166749,166782
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.16 - 23:30
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.17 - 19:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1083639665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER
EDAD : 31 Años
DIRECCION: CLL 2A N 13 03 HOBO
TELEFONO: 3206723723
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	17-Sep-2023	S55101					APG	1	86,100	86,100
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								10	580	5,800
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								20	2,238	44,760
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	2023.09.17	873206				JAB		1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.17	873206				JAB		1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.17	873206				JAB		1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.17	873206				JAB		1	62,800	62,800
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.09.17	873411				JAB		1	69,100	69,100
21140	COLUMNA CERVICAL	2023.09.17	871010				JAB		1	103,100	103,100
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.17	879111				JAB		1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES	2023.09.17	879131				JAB		1	683,300	683,300

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

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

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

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

Cufe: 47d366eb4ac76d418c685204907e40d0c7b910d97413481b9afd17ce16c79deeab81eaff1e15660a95214eb1cf4d82a9

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

39

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 ,2023.10.10	15:25:03	2023.11.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53068

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	AXIALES Y CORONALES)										
21712	TORAX	2023.09.17	879301		JAB				1	648,100	648,100
21715	ABDOMEN TOTAL	2023.09.17	879420		JAB				1	852,900	852,900
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.09.17	879150		JAB				1	683,300	683,300
LABORATORIOS											
19062	AMILASA	2023.09.17	903805						1	24,200	24,200
19169	BILIRRUBINA DIRECTA	2023.09.17	903809						1	13,000	13,000
19170	BILIRRUBINA TOTAL	2023.09.17	903809						1	16,800	16,800
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.09.17	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.17	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.09.17	903841						1	18,600	18,600
19749	NITROGENO UREICO	2023.09.17	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.17	902045						1	45,000	45,000
19933	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	2023.09.17	903867						1	32,400	32,400
19934	TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT	2023.09.17	903866						1	32,400	32,400
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.17	902049						1	43,700	43,700
19959	TROPONINA T	2023.09.17	903438						1	95,400	95,400
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.09.17	935304		APG				1	70,000	70,000
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.17	890402		DAO				1	71,300	71,300
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.17	890402		CCE				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.09.17	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.17	890701		JAB				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.17	S22101		LMM				1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.09.17	S22103		APG				1	86,100	86,100

VALOR BRUTO:	5,254,984	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	5,254,984

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.10 03:27:59 PM

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

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

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

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

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

Cufe: 47d366eb4ac76d418c685204907e40d0c7b910d97413481b9afd17ce16c79deeab81eaff4e15660a95214eb1cf4d82a9

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

38

FACTURA:	53068
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,713,526
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,541,458
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

CMT

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- 53068

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

CARDONA — 1er.Apellido o Razon Social

GUTIERREZ — 2do.Apellido

ELIECER — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] MS[ ] PT[ ] **No. Documento:** 1083839665

De: 41349 **Fecha de Nacimiento:** 1992/08/29 **Sexo:** F[ ] M[X]

Direcci¾n: CLL 2A N 13 03

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3206723723

Municipio: HOBO **Cod.** 349

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: CALLE 5 ESQUINA BARRIO TESORO HOBO

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/16 **Hora:** 21:30

Departamento: HUILA **Cod.** 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA WES52E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR OTRA MOTO QUE LE INVADE EL CARRIL 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:** WES52E

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 8099761000 **Cobro excedente P¾liza** Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2023/01/12 **Hasta:** 2024/01/11

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CARDONA — 1er.Apellido o Razon Social

GUTIERREZ — 2do.Apellido

ELIECER — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE[ ] PA[ ] NIT[ ] TI[ ] RC[ ] **No. Documento** 1083839665

Direccion: CLL 2A N 13 03

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3206723723 **Total Folios:** 0

A1

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
CARDONA	GUTIERREZ

1er.Nombre	2do.Nombre
ELIECER	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1083839665

Direcci¾n: CLL 2A N 13 03

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3206723723

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/16 a las 22:16

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: 2023/09/16 a las 22:31

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: 2023/09/16 **a las** 23:30

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

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

Fecha de Egreso: 2023/09/17 **a las** 19:32

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Diagnostico relacionado de Egreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

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	5254984	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

40

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

EPICRISIS No. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:			

TEL: 3206723723

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.16 — HORA DE INGRESO: 23:30
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.09.17 — HORA DE EGRESO: 19:32
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
RELACIONADO2: S202 - CONTUSION DEL TORAX

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.17-00:01:35 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 WES52E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR OTRA MOTO QUE LE INVADE EL CARRIL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: HOBO VALORADO A LAS: 23+30 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 16/09/2023 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 21 : 30 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: DIPIRONA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTA, REFIERE PACIENTE PRESENTO EPISODIO DE PERDIDAD DEL ESTADO POSTRURAL POR LO CUAL COLOCAN OXIGENO EN EL MOMENTO CON RECUPERACION . AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, 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

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 95 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 161 PESO: 85 IMC: 33 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 3 / 14

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad EQUIMOSIS DOLOR EDEMA EN REGION FRONTAL, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara ABRASIONES SUCIAS CON TATAUAJE DOLOR A LA PALPACION EN HEMICARA DERECHA MALAR, MENTON DORSO NASAL. LIMITACCION APERTURA ORAL
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, DOLOR A LA PALPACION
<<TORAX>>

37

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

EPICRISIS No. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

Tórax no signos de dificulta para respirar, EQUIMOSIS DOLOR COSTAL DERECHO , 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 signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN MANO IZQUIERDA DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HERIDA IRREGULAR LONGITUDINAL 3 DEDO MANO DERECHA SANGRADO ESCASO. 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. CEFALEA 8/10 CONFUSO SOBRE EL EVENTO, No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES MULTIPLES CON TATUAJE EN MANO DERECHA CODO Y ANTEBRAZO DERECHO
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

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.
TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE PELVIS

** 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 ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. INGRESA CON MASCARA Y OXIGENO SUPLEMENTARIO SE RETIRA CON BUENA SATURACCION, 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. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
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
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- NADA VÍA ORAL
- 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 PLASTICO -----CIRUJANO GENERAL---- NEUROCIRUJANO.
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 23.09.17-00:50:49 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 00:02 / 00:08 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** 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 LAS CUALES SE OBSERVAN EN HEMICARA DERECHA +LABIO SUPERIOR + CODO Y ANTEBRAZO DEREHO + DEDOS DE

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

EPICRISIS No. 59745

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

MANO DERECHA SUCIAS 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 QUEDANDO CON RESTOS DE ASFALTO POR LO QUE SE ESPERA VALORACION POR CX PLASTICA.

***** FECHA: 23.09.17-02:57:06 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 MANO DERECHA: FRACTURA TERCIO DISTAL DE FALANGE MEDIA 5 DEDO.

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

TAC DE CARA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

TAC DE ABDOMEN SIMPLE: NO SE EVIDENCIAN LESIONES DE ÓRGANOS INTRA-ABDOMINALES, NO HAY LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD.

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

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

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

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

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

PENDIENTE LABORATORIOS

***** FECHA: 23.09.17-06:41:56 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: 17/09/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 14.56 %NEUTROFILOS: 78.4 % LINFOCITOS: 14.2 HEMOGLOBINA: 15.5 %HEMATOCRITO: 44.2 MCV: 93.4 MCH: 32.7 PLAQUETAS: 209.000
GLICEMIA: 89 TIEMPOS: TP: 18.0 TPT: 36.0 INR: 1.20 CREATININA : 0.7 BUN: 10 TROPONINA: 0.07 BILIRRUBINA TOTAL: 0.50 DIRECTA: 0.00 INDIRECTA: 0.5 TGO: 56 TGP: 90 AMILASA: 52

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES.

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

NORMOGLICEMICO, BUENA FUNCION RENAL Y HEPATICA . TIEMPOS Y AMILASA NORMALES. TROPONINA LEVEMENTE AUMENTADA

*** FECHA: 23.09.17-09:24:24 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:

PACIETNE ADULTO CON POLITRAUAMTISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES CONTUSIONES:
AL EXAMEN FISICO CON:

DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HERIDA IRREGULAR LONGITUDINAL 3 DEDO MANO DERECHA SANGRADO ESCASO.
EN ESTUDIOS DE IMAGENES:

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA TERCIO DISTAL DE FALANGE MEDIA 5 DEDO.

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

TAC DE CARA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

TAC DE ABDOMEN SIMPLE: NO SE EVIDENCIAN LESIONES DE ÓRGANOS INTRA-ABDOMINALES, NO HAY LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD.

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

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

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

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

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

DX:
FRACTURA POR AVULSION DE FALANGE MEDIA 5 DEDO.

MANEJO CONSERVADOR CON SINDACILIA, DEBIDO A.LAS ABRASIONES QUE CURSA , COMOTIENE PENDIENTE MANEJO Y VALORAICON POR CIRUGIA PLASTICA, CUANDO SE HAGA PROCEDIMIENTO Y LIMPIEZA ADECUADA DE ESTAS LESIONES EN SALAS DE CIRUGIA,

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

EPICRISIS No. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

REALIZAR INMOVILIZACION CON YUGO.
SE DA ALTA POR ORTOPEDIA, CITA DE CONTROL EN 15 DIAS.
CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA.

*** FECHA: 23.09.17-09:30:43 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PCIENTE YA VALORADO POR ORTOPEDIA, SE INDICA INMOVILIZACION CON YUGO AL CUAL DEBE REALIZARSE LUEGO DE MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA DE SUS LESIONES EN MANO.
TIENE PENDIENTE VALORACION POR CIRUGA GENERAL Y NEUROCIRUGIA
SE TRASLADA A SALAS DE CIRUGIA PARA CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.17-09:30:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.17-15:23:58 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

PACIETNE ADULTO VICTIMA DE POLITRAUAMTISMOEN ACCIDENTE DE TRANSITO, QUIEN POR SUS LESIONE REQUIRIO MANEJO POR CIRUGIA PLASTICAPARA DERMOABRASION EN AREA GENERAL, DERMOABRASION EN CARA, SUTUADE HERIDA EN CODO DERECHO, COLGAJO DE PIEL REGIONAL (17/09/23)
ACTUALMENTE RETORNA A URGENCIAS PARA CONTINUAR VIGILANCIA Y PENDIENTE VALORACION DE LAS OTRAS ESPECIALIDADES.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, PUPILAS REACTIVAS ISOCORICAS, HERIDAS EN CARA CON ADECUADA CURACION.
<<CUELLO>>
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR AGUDO.
<<TORAX>>
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. DOLOR EN COSTADO DERECHO Y EQUIMOSIS A ESTE NIVEL
<<ABDOMEN>>
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE.
<<PELVIS>>
SIN DOLOR.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN ALTERACIONES. DOLOR EN CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, CON HERIDA EN CODO Y HERIDAS EN MANO CON ADEUCADA CURACION Y SUTURA.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTORO SENSITIVO APARENTE, CONFUSO .
<<PIEL>>
CON HERIDA SMULTIPLES EN CARA CON ADECUADA CURACION, HERIDA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON ADECUADA CURACION Y SUTURA.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE ADULTO CON POLITRAUMATISMO QUIEN FUE LLEVADOA CIRUGA POR CIRUGIA PLASTICA,
CON ESTOS DIAGNOSTICOS ACTUALES:
- POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL, DERMOABRASION EN CARA, SUTURA DE HERIDA EN CODO DERECHO, COLGAJO DE PIEL REGIONAL (17/09/23)
FRACTURA TERCIO DISTAL DE FALANGE MEDIA 5 DEDO.
TRAUMA DE TORAX.
TRAUMA CRANEOENCEFALICO GLASGOW 15/15 ACTUALMENTE

PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA GENERAL.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

31

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.09.17-15:26:26 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO AYER ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO, SIN CASCO, SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO. REFIERE NO HA TENIDO CEFALEA NO EMESIS.

AL EF
ALERTA ORIENTADO G 15 PINRAL SIMETRIA FACIAL, NO DEFICIT MOTOR, NI SENSITIVO, NO DOLOR A LA PALPACION SOBRE ESPINOSAS CERVICALES, NI EN LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS, ABRASIONES FACIALES Y EN EXTREMIDADES.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA, NO FRACTURAS. ARTIFICIOS DE IMAGEN POR MOVIMIENTOS Y ASIMETRIA EN LOS CORTES

A. PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEANAS RADIOLOGICAS POR TRAUMA Y SIN SIGNOS CLINICOS NI RADIOLOGICOS DE HTEC. COMPLETAR OBSERVACION NEUROLOGICA 12 HS POST TRAUMA Y SI NO HAY SINTOMAS DE HTEC SE PUEDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA (EN CASO DE CEFALEA, VOMITO, ALTERACION DE CONSCIENCIA, PERDIDA DE FUERZA O SENSIBILIDAD CONSULTAR POR URGENCIAS).

*** FECHA: 23.09.17-15:27:28 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO AYER ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO, SIN CASCO, SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO. REFIERE NO HA TENIDO CEFALEA NO EMESIS.

AL EF
ALERTA ORIENTADO G 15 PINRAL SIMETRIA FACIAL, NO DEFICIT MOTOR, NI SENSITIVO, NO DOLOR A LA PALPACION SOBRE ESPINOSAS CERVICALES, NI EN LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS, ABRASIONES FACIALES Y EN EXTREMIDADES.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA, NO FRACTURAS. ARTIFICIOS DE IMAGEN POR MOVIMIENTOS Y ASIMETRIA EN LOS CORTES

A. PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEANAS RADIOLOGICAS POR TRAUMA Y SIN SIGNOS CLINICOS NI RADIOLOGICOS DE HTEC. COMPLETAR OBSERVACION NEUROLOGICA 12 HS POST TRAUMA Y SI NO HAY SINTOMAS DE HTEC SE PUEDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA (EN CASO DE CEFALEA, VOMITO, ALTERACION DE CONSCIENCIA, PERDIDA DE FUERZA O SENSIBILIDAD CONSULTAR POR URGENCIAS).

*** FECHA: 23.09.17-15:39:06 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 15:00 / 15:15 DURACION: 00:14

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL CUARTO DEDO CON EL QUINTO, INMOVILIZACION YUGO DE LOS DEDOS DE LA MANO DERECHA. SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 23.09.17-15:39:37 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL CUARTO DEDO CON EL QUINTO, INMOVILIZACION YUGO DE LOS DEDOS DE LA MANO DERECHA. SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 23.09.17-16:06:11 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO AYER ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO, SIN CASCO, SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO. REFIERE NO HA TENIDO CEFALEA NO EMESIS.

AL EF
ALERTA ORIENTADO G 15 PINRAL SIMETRIA FACIAL, NO DEFICIT MOTOR, NI SENSITIVO, NO DOLOR A LA PALPACION SOBRE ESPINOSAS CERVICALES, NI EN LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS, ABRASIONES FACIALES Y EN EXTREMIDADES.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA, NO FRACTURAS. ARTIFICIOS DE IMAGEN POR MOVIMIENTOS Y ASIMETRIA EN LOS CORTES

A. PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEANAS RADIOLOGICAS POR TRAUMA Y SIN SIGNOS CLINICOS NI RADIOLOGICOS DE HTEC. COMPLETAR OBSERVACION NEUROLOGICA 12 HS POST TRAUMA Y SI NO HAY SINTOMAS DE HTEC SE PUEDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA (EN CASO DE CEFALEA, VOMITO, ALTERACION DE CONSCIENCIA, PERDIDA DE FUERZA O SENSIBILIDAD CONSULTAR POR URGENCIAS).

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:			TEL: 3206723723

***** FECHA: 23.09.17-17:43:45 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)***

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

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

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 110/70 MMHG, FC: 66 X MIN, FR: 14 X MIN, SATURACION: 98%
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:
TAC DE TORAX: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX
ABRASIONES Y CONTUSIONES,
TRAUMA EN MANO

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: 23.09.17-19:32:02 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO, QUIEN POR ESTADO CLINICO ACTUAL, BUENA MODULACION DEL DOLOR, YA VALORADO POR ESPECIALIZADAS CON MANEJO DEFINIDOS AMBULATORIOS, SE DECIDE DAR EGRESO, POR LO QUE SE DAN ORDENES DE SALIDA, FORMULACION, INCAPACIDAD. SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

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

EPICRISIS No. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CONTROL ABIERTO POR CX PLASTICA Y CX GENERAL
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOR SOLAR.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 10, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 1 tableta cada 12 horas, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 12 Hrs, DOSIS: tomar 2 tabletas si dolor cada 8 horas, DURACION TRATAM: 10, VIA: ORAL

CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.09.17-19:33:23 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: 2023.09.17-19:32:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: VEINTE (20) DIAS

27

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

EPICRISIS No. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO		
RELACIONADO 1:	T016 - HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S)		
RELACIONADO 2:	S611 - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON 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

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061724214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 166749

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166749 **Fecha** 2023/09/17

Nombre Paciente: CARDONA GUTIERREZ ELIECER - 1083839665 **Edad:** 31 **Sexo:** M

Quien Realiza: LMM- LUISA MARIA MONJE ROJAS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
4. S202-CONTUSION DEL TORAX
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
4. S202-CONTUSION DEL TORAX
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

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 LAS CUALES SE OBSERVAN EN HEMICARA DERECHA +LABIO SUPERIOR + CODO Y ANTEBRAZO DEREHO + DEDOS DE MANO DERECHA SUCIAS 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 QUEDANDO CON RESTOS DE ASFALTO POR LO QUE SE ESPERA VALORACION POR CX PLASTICA.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 166782

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166782 **Fecha** 2023/09/17

Nombre Paciente: CARDONA GUTIERREZ ELIECER - 1083839665 **Edad:** 31 **Sexo:** M

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

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
4. S202-CONTUSION DEL TORAX
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. S626-FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
6. S202-CONTUSION DEL TORAX

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL CUARTO DEDO CON EL QUINTO, INMOVILIZACION YUGO DE LOS DEDOS DE LA MANO DERECHA. SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,23-Sep-2023 16:07:4

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

860028415 CARDONA GUTIERREZ ELIECER EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	EDAD	ANEXO2:	Fecha Ingreso: 2023.09.1 23:30
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	31 Años		Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER	1 NIVEL I	HOBO	CALLE 2A N 13 03	3206723723

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.17	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LMM	10.00
2023.09.17	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LMM	10.00
2023.09.17	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LMM	6.00
2023.09.17	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LMM	1.00
2023.09.17	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	LMM	1.00

PACIENTE: 1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER **EDAD:** 31

DIRECCION: CALLE 2A N 13 03 **TELEFONO:** 3206723723

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-58865 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.16 **N° POLIZA:** 8099761000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 17 de septiembre de 2023						
00:02:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:02:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:02:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:02:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	DIS1	
00:02:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:02:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	DIS1	
00:02:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	
00:02:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
00:02:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
00:02:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
08:02:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
08:02:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
08:02:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
08:02:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MLD	
08:02:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	
08:02:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	
16:02:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
16:02:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
16:02:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
16:02:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	VAC1	
16:02:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
16:02:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
16:02:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 37.00

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

CERTIFICACION

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

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los seis (06) días del mes de octubre de 2023.

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

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

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 4cf14ceb173d637ac8a2ffaba25f68ed1cc84b252f3f21389c863a45c367b0e67d2dfeab2ec3391b8d49e3214214b2c5

Número de Factura: FE-9557
Fecha de Emisión: 25/09/2023
Fecha de Vencimiento: 25/10/2023
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 IVA	%	IMPUESTOS INC	%	Precio unitario de venta
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 11.434.770,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.434.770,00

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 (DEL 10 AL 20 DE SEPTIEMBRE)

Linea de negocb:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-09-25 09:04:03
Documento generado el: 2023-09-25 09:04:01
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	1.434.270,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	1.434.270,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	1.434.270,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 1.434.270,00

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

19

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 CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETESCIENTOS SETENTA PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,434,770.00)

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

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
9110001	1129844730	17 Años	GUTIERREZ SILVA YULI VANESSA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9110002	1082803219	34 Años	LIZCANO MACIAS ALEXANDER	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
9110023	1075598573	17 Años	RODRIGUEZ AGUILAR DANA YULITSA	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
9110030	1174213128	10 Años	MAYUNGO RIAÑO MELANY	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9110031	83090734	45 Años	SANCHEZ AROS REINALDO	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
9110036	1082804506	14 Años	CHAPARRO GUARNIZO YISEL DAYANA	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	799		PARCIAL DE ORINA	20,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
9110037	1075274693	29 Años	SANTOFIMIO RAMIREZ FRANCISCO	
	902204		ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD	7,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	906913		PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION	65,300
9110038	26761079	24 Años	MARQUEZ FERNANDEZ LEONARDO ISAAC	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9110039	1117232029	24 Años	CASALLAS BENJUMEA DAVINSON ARLEY	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9120001	4901789	87 Años	GARZON MEDINA MARCO TULIO	
	902221		RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	13,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9120002	26761079	24 Años	MARQUEZ FERNANDEZ LEONARDO ISAAC	
	902210		Hemograma IV	32,100
9120003	1145725123	13 Años	HURTADO PEÑA JULIAN ANDREY	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
9120005	1003866360	22 Años	ARCINIEGAS GONZALEZ SANTIAGO	

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 CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETESCIENTOS SETENTA PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,434,770.00)

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

		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9160033	26585288	62 Años	CELIS REYES BLANCA NUBIA	
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
		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
9160034	1079608693	25 Años	ORDOÑEZ SANCHEZ CARLOS OLIVO	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
9160035	1077726411	14 Años	AROCA CORTES ASHLEE YUKARI	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902210	Hemograma IV	32,100
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9160036	1080297184	26 Años	FIERRO CERON ARNOLD ADRIAN	
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9160037	7722117	40 Años	DUSSAN BETANCUR ALONSO	
		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
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
9160038	1075270031	31 Años	CELIS TRUJILLO HERVYN JAVIER	
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9160039	12262960	45 Años	PERDOMO REAL GUILLERMO ENRIQUE	
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
		902210	Hemograma IV	32,100
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
9170001	1075307672	25 Años	DURAN ACEVEDO ELIANA FERNANDA	
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902210	Hemograma IV	32,100
9170002	1083839665	31 Años	CARDONA GUTIERREZ ELIECER	
		908608	TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
		1001	BILIRRUBINA TOTAL	17,400
		903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO	33,600
		903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O	33,600
		1002	BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
		903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE	19,300
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		902210	Hemograma IV	32,100
9170003	1079183571	28 Años	HURTADO MORENO JULIAN ANDRES	

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 CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETESCIENTOS SETENTA PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,434,770.00)

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

9200006	1075250323	32 Años	ARIAS SAAVEDRA JESSIKA LISBETH	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
9200008	7320682	38 Años	CASTRO GONZALEZ JOSE ELIADES	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	799		PARCIAL DE ORINA	20,500
	902210		Hemograma IV	32,100
9200011	1004063632	23 Años	ROMERO GUTIERREZ PAULA ANDREA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9200031	1003951679	21 Años	RODRIGUEZ RAMIREZ MIGUEL ANGEL	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9200038	1004302460	20 Años	VEGA OLIS BOLIVAR	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
			SUBTOTAL	12,705,300
			MENOS EL 10%	1,270,530
			TOTAL	11,434,770

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

Informe preliminar

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-09-17 02:53

Paciente

CARDONA GUTIERREZ ELIECER
1083839665
Masculino
31 Años

Orden No. 20230917000Z

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado		Unidades	Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	14.56		x 10^3/ul		17/09/2023 03:27
Recuento de Globulos Rojos	4.73		x 10^6/ul	3.50 - 5.50	17/09/2023 03:27
Hemoglobina	15.5	*	g/dl	11.0 - 15.0	17/09/2023 03:27
Hematocrito	44.2		%	36.0 - 48.0	17/09/2023 03:27
Volumen Corpuscular Medio	93.4		fL	80.0 - 99.0	17/09/2023 03:27
Hemoglobina Corpuscular Media	32.7	*	pg	26.0 - 32.0	17/09/2023 03:27
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.0		g/dl	32.0 - 36.0	17/09/2023 03:27
Recuento de Plaquetas	209		x 10^3/ul	150 - 450	17/09/2023 03:27
Neutrofilos %	78.4	*	%	50.0 - 70.0	17/09/2023 03:27
Linfocitos %	14.2	*	%	20.0 - 40.0	17/09/2023 03:27
Monocitos %	6.6		%	1.0 - 8.0	17/09/2023 03:27
Eosinofilos %	0.70	*	%	3.00 - 7.00	17/09/2023 03:27
Basofilos %	0.10		%	0.00 - 1.00	17/09/2023 03:27
Neutrofilos #	11.42	*	x 10^3/ul	2.00 - 7.80	17/09/2023 03:27
Linfositos #	2.06		x 10^3/ul	0.60 - 4.10	17/09/2023 03:27
Monocitos #	0.96		x 10^3/ul	0.10 - 1.80	17/09/2023 03:27
Eosinofilos #	0.10	*	x 10^3/ul	0.30 - 0.70	17/09/2023 03:27
Basofilos #	0.02		x 10^3/ul	0.00 - 0.10	17/09/2023 03:27
Volumen Plaquetario Medio	9.7		fL	7.4 - 10.4	17/09/2023 03:27
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	44.3		fL	39.0 - 46.0	17/09/2023 03:27
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.5		%	11.5 - 14.5	17/09/2023 03:27
PDW	16.2				17/09/2023 03:27
PCT	0.203		%		17/09/2023 03:27

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106910

BIOQUIMICA					
BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA					
BILIRRUBINA TOTAL	0.50		mg/dl	0.20 - 1.30	17/09/2023 03:37
BILIRRUBINA DIRECTA	0.00		mg/dl	0.00 - 0.20	17/09/2023 03:37
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.5		mg/dl	0.10 - 0.50	17/09/2023 03:37
AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	52.0		U/ml	30.0 - 110.0	17/09/2023 03:37

15

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

Informe preliminar

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-09-17 02:53

Paciente

CARDONA GUTIERREZ ELIECER
1083839665
Masculino
31 Años

Orden No. 202309170002

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
BIOQUIMICA					
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	89.0	mg/dl		74.0 - 106.0	17/09/2023 03:37
METODO: QUIMICA SECA.					
NITROGENO UREICO	10.00	mg/dl		9.00 - 20.00	17/09/2023 03:37
TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	90.0	U/L	*	21.0 - 72.0	17/09/2023 03:37
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	56.0	U/L		17.0 - 59.0	17/09/2023 03:37
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7	mg/dl		0.7 - 1.3	17/09/2023 03:37
TROPONINA CUANTITATIVA					17/09/2023 03:51
VALORES DE REFERENCIA DATO : 0.07 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.57106916

COAGULACION					
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	18.00	seg		11.30 - 18.30	17/09/2023 03:36
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	36.00	seg		22.00 - 38.00	17/09/2023 03:36
INR	1.20				17/09/2023 03:36

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106916

14

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.10.07
HORA: 15:29:35
PAGINA No: 1

Numero: 82848 Fecha Ex. 16/09/23 Hora 14:52
Nombre Paciente: 1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER
Dirección: CLL 2A N 13 03 Telefono:3206723723 Edad:31 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo derecho y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

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

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño derecho observándose las estructuras osteoarticulares con características anatómicas y relaciones articulares normales.
No se identifican focos de fracturas de las estructuras óseas del puño.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

*HALLAZGOS

Placa lateral de la columna cervical observándose adecuado alineamiento de la columna cervical.
Los espacios intervertebrales y los contornos óseos del canal medular están preservados.
Las vértebras cervicales tienen altura y alineamiento usual.
Relación articular atloido odontoidea normal.
Los contornos óseos del canal medular y los espacios intervertebrales de la columna están conservados.

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.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte moderada dimorfismo de la calota craneana con aplanamiento occipital izquierdo hacia el tercio medio superior del cráneo.
Moderado edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región frontal de predominio derecho que se extiende a la región peri orbitaria.

13

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.10.07
HORA:	15:29:35
PAGINA No:	2

Numero: 82848 Fecha Ex. 16/09/23 Hora 15:12
Nombre Paciente: 1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER
Dirección: CLL 2A N 13 03 Telefono:3206723723 Edad:31 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

No se confirma focos de fracturas de la calota craneana, pero se advierte algunas imágenes del tercio medio del cráneo con múltiples artificios movimiento del paciente que impiden hacer adecuada evaluación de estos segmentos del cráneo y del tejido nervioso.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
La cisterna de la base el sistema ventricular cortical presenta morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.
Anotándose presencia de artefactos hiperdensos focales hacia el aspecto central 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.
Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas esta conservado.
El puente nasal y el septum óseo no muestran alteraciones.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.
El aspecto de la articulación temporo mandibular y las ramas ascendentes del maxilar inferior no muestran cambios, tampoco se advierten otras irregularidades de los segmentos del maxilar inferior aparentes en el estudio.
Como hallazgos incidentales la cara se advierte ocupación extensa de las fosas nasales para aclarar con imágenes de aumento de tamaño de cornetes.

CONCLUSION:
ESCANOGRAFIA DE LA CARA:
Dentro de limites normales.

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.

12

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.10.07
HORA: 15:29:35
PAGINA No: 3

Numero: 82848 Fecha Ex. 16/09/23 Hora 15:12
Nombre Paciente: 1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER
Dirección: CLL 2A N 13 03 Telefono:3206723723 Edad:31 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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

CONCLUSION:
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.

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:

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.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.10.07
HORA:	15:29:35
PAGINA No:	4

Numero: 82848 Fecha Ex. 16/09/23 Hora 15:29
Nombre Paciente: 1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER
Dirección: CLL 2A N 13 03 Telefono:3206723723 Edad:31 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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 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

10

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

Neiva, 16 SEP 2023

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo ELIECER CARDONA GUTIERREZ identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1083839665, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad LA EQUIDAD SEGUROS, producto de las atenciones prestadas desde 16/09/2023 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

ELIECER C.

HUELLA

Firma
Nombre: ELIECER CARDONA GUTIERREZ
c.c. 1083839665

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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

9

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
2023091600[illegible]

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 16 MES 09 AÑO 2023 Autorización: XXX
No. de Historia Clínica CC1083839665
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
ELIECER	CARDONA	GUTIERREZ	M ( ) F ( )

Documento Identidad C.C. ( ) T.I. ( ) R.C. ( ) No. 1083839665
Dirección CALLE 7 N -9-77 Teléfono 3133223067 Edad 31 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 29/08/1992
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 16 M 09 A 2023	Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Fecha de Egreso	Consulta Externa		
D 16 M 09 A 2023	Hospitalización		
	Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	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 31 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION AC TUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TA URO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMAT ISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + L IMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFA LO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONT USION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Nivel de Competencia

Nivel que Remite 1 X 2 ___ 3 ___ 4 ___

8

Nivel al que se Remite 1 X 2 ____ 3 ____ 4 ____

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 22:16 Hora 22 Minutos 16

Nombre de la persona que solicita la Remisión

MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 22:16 Hora 22 Minutos 16

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S093
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	S602

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TAURO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONTUSION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
110/80	85	36.50	20	170.0	80.00	

Hallazgos del Examen Físico

NORMAL BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza:**Anormal CONTUSION EN CABEZA CON HEMATOMA - **Cuello:**Normal NORMAL - **Torax:**Normal NORMAL - **Abdomen:**Normal NORMAL - **G/U:**Normal NORMAL - **Extremidades:**Anormal CONTUSION EN MANO DERECHA - **Neurológico:**Normal NORMAL - **Nariz:**Normal NORMAL - **Oidos:**Normal NORMAL - **Boca:**Normal NORMAL - **Ojos:**Normal NORMAL - **Piel:**Normal NORMAL - **Ano:**Normal NORMAL - **Osteomuscular:**Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo Código CIE

OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S602

Observaciones o Sugerencias

REMISION POR ORTOPEDIA

Impreso por:

Wuendi Lorena Trujillo

WUENDI LORENA TRUJILLO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
Nit. 813011515-8
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 16 de Septiembre de 2023 Hasta 16 de Septiembre de 2023
CC 1083839665 - ELIECER CARDONA GUTIERREZ

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	29/08/1992 - 31 Año(s)
Género:	Masculino
RH	O+
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	No Definido
Ocupación:	Supervisor Trabajadores Metal En Lamina
Estado civil:	No Aplica
Grupo de atención:	
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	
Responsables del paciente:	
Parentesco del responsable:	
Teléfono del responsable:	

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Huila
Municipio:	Hobo
Dirección:	Calle 7 N -9-77
Telefono:	3133223067 - 3212128174

Administradora	Tipo de usuario
PARTICULAR	PARTICULAR

Atención: 202309160011

Fecha y Hora de Ingreso: 16/09/2023 21:56:48

Identificación:	CC 1083839665	Edad en la atención:	31 Ano(s)
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT	Nombre:	ELIECER CARDONA GUTIERREZ
Poliza:		Tipo de Usuario:	Soat
Servicio de ingreso:	Urgencias Ambulatorio	Autorización:	

Datos del acompañante

Tipo: Solo

Cierre Historia

Fecha y Hora: 16/09/2023 23:18:04

URGENCIAS

- **Triage**

Fecha y Hora: 16/09/2023 22:13:20 **Profesional:** Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .) **Identificación:** CC 72216783

Motivo: ACCIDENTE DE TRANSITO

Signos Vitales

Peso:80.00 Kg Talla:170.0 cm MC:27.68 Kg/m^2 FC:85 Min. FR:20 Min. Temp:36.50 °C PA:110/80 TM: 90 Saturación:99.00 %

Hallazgos Clinicos: PACIENTE MASCULINO DE 31 A?OS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TAURO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONTUSION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Impresión Diag: S098 OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS

Clasificación: Triage III

Conducta: Urgencias. TRATAMIENTO 1.SSN 0.9% 1000 CC IV 2.DIPIRONA 2.5 MG IV 3.REMISION POR ORTOPEDIA 4.CVS Y AC

- **Consultas**

Consulta N°. 0 SEDE: HOBO

Fecha y Hora: 16/09/2023 22:13:33 **Profesional:** Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .) **Identificación:** CC 72216783

Tipo: (890701) CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL

Anamnesis

Finalidad: No Aplica

Motivo de Consulta: ACCIDENTE DE TRANSITO

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TAURO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA

Impreso Por:

Wuendi Lorena Trujillo

WUENDI LORENA TRUJILLO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
Nit. 813011515-8
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 16 de Septiembre de 2023 Hasta 16 de Septiembre de 2023
CC 1083839665 - ELIECER CARDONA GUTIERREZ

CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONTUSION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Antecedentes

Planifica:	No	
Familiares:	Si	NIEGA
Personales:	Si	NIEGA
Patológicos:	Si	NIEGA
Quirúrgicos:	Si	NIEGA
Tóxico:	Si	NIEGA
Alérgicos:	Si	NIEGA
Fisiológicos:	Si	NIEGA
Alimentarios:	Si	NIEGA
Traumáticos:	Si	NIEGA
Farmacológicos:	Si	NIEGA

Signos Vitales

Peso: 80.00 Kg | Talla: 170.0 Cm | Masa Corporal: 27.68 Kg/m^2 | Frecuencia Cardiaca: 85 Min
Frecuencia Respiratoria: 20 Min | Temperatura: 36.50 °C | Presión Arterial: 110/80 | Tension media: 90
Saturación: 99.00 %

Exámen Físico

Estado General:	BUEN ESTADO GENERAL	
Cabeza:	Anormal	CONTUSION EN CABEZA CON HEMATOMA
Cuello:	Normal	NORMAL
Torax:	Normal	NORMAL
Abdomen:	Normal	NORMAL
G/U:	Normal	NORMAL
Extremidades:	Anormal	CONTUSION EN MANO DERECHA
Neurológico:	Normal	NORMAL
Nariz:	Normal	NORMAL
Oidos:	Normal	NORMAL
Boca:	Normal	NORMAL
Ojos:	Normal	NORMAL
Piel:	Normal	NORMAL
Ano:	Normal	NORMAL
Osteomuscular:	Normal	NORMAL
Revisión por Sistema:	NORMAL	
Sintomático Respiratorio:	No	
Sintomático de Piel:	No	
Sintomático Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(50) Normal	

Análisis de Laboratorios e Imágenes Diagnósticas

Análisis:

Diagnóstico		Tipo Diagnóstico
Principal	(S098) OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	Impresion Diagnostica
Rela 1	(S602) CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	Impresion Diagnostica

Plan de Manejo y Recomendaciones

Destino: REMISION
Recomendaciones: REMISION POR ORTOPEDIA

- **Signos Vitales**

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1	HOBO	16/09/2023	22:14:56	80.00	170.0	27.68	85	20	36.50	110/80	90	0	99.00	MANUEL FRANCISCO SOC

- **Remisiones**

Fecha y Hora: **16/09/2023 22:16:02** **Profesional:Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .)**
Remision N° 1

Especialidad:	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		
Institución:			
Acepta:	XXX	Autorización:	XXX
Modalidad:	Remision		
Motivo:	Nivel de competencia	Incluir Ambulancia:	No

Impreso Por:

Wuendi Lorena Trujillo

WUENDI LORENA TRUJILLO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

A

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
Nit. 813011515-8
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 16 de Septiembre de 2023 Hasta 16 de Septiembre de 2023
CC 1083839665 - ELIECER CARDONA GUTIERREZ

Observaciones: PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TAURO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONTUSION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

• Notas Medicas

Fecha y Hora: 16/09/2023 23:16:24 **Profesional:** **Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .)** **Identificación:CC 72216783**

Nota

PACIENTE MASCULINO CON DX ANOTADOS EL CUAL FUE ACEPTADO EN LA CLINICA DE FRACTURAS DE NEIVA PARA VALORACION POR ORTOPEDIA SALE EN COMPAÑIA DE MEDICO DISPONIBLE AUXILIAR DE E NFERMERIA Y CONDUCTOR DE AMBULANCIA SALE EN BUENAS CONDIICIONES GENERALES.

• Prescripcion

Fecha y Hora: 16/09/2023 23:17:26 Profesional: Wuendi Lorena Trujillo.(auxiliar .) Indentificación: CC 1134004000

Codigo	Nombre	Cantidad	Via	Cada	A Partir De	Dosis	Entregar
MMQ0021	EQUIPO MACROGOTEO EQUIPO MACROGOTEO	1.00 UNID	NO APLICA	AHOR	23:17:26	1	1 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							
DM0000215R12	CATETER YELCOS 18	1.00 UNID	NO APLICA	AHOR	23:17:26	1	1 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							
00021136106	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML CLORURO DE SODIO Solucion inyectable 500ML	3.00 UNID	NO APLICA	AHOR	23:17:26	1	3 BOL.
*** Periodo duración tratamiento :** 1 Dia(s)							
DM00014472	MASCARILLA OXIGENO - RESEV ADULTO MASCARILLA OXIGENO - RESEV ADULTO	1.00 UNID	NO APLICA	AHOR	23:17:26	1	1 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							
V00015691	JERINGA 10 CC	1.00 UNID	NO APLICA	AHOR	23:17:26	1	1 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							
V000389510	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALON 7.5	1.00 UNID	NO APLICA	AHOR	23:17:26	1	1 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							
DM00032941	GUIA DE ENTUBACION ADULTO	1.00 UNID	NO APLICA	AHOR	23:17:26	1	1 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							

Observaciones:

• Ordenacion

Fecha y Hora: 16/09/2023 23:19:45 **Profesional:Wuendi Lorena Trujillo.(auxiliar .)** **Identificacion:CC1134004000**
Orden: Hospitalaria **Sede:** HOBO

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(10001)		TRASLADO DE AMBULANCIA INTERMUNICIPAL NOCTURNO CON MEDICO Y AUXILIAR	1	()

Observaciones:

Fecha y Hora: 16/09/2023 23:20:20 **Profesional:Wuendi Lorena Trujillo.(auxiliar .)** **Identificacion:CC1134004000**
Orden: Hospitalaria **Sede:** HOBO

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(5DS002)		SALA DE CURACIONES	1	()

Observaciones:

MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVIDEO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 72216783

Impreso Por:

Wuendi Lorena Trujillo

WUENDI LORENA TRUJILLO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10016733170

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WES62E	YAMAHA	FZN150D (FZ-S)	2019

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO AZUL GRIS	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
0B1JSE2070411	N	9FKRG2161K2070411

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
	N	9FKRG2161K2070411	N

PROPIETARIO(S) APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN
CARDONA GUTIERREZ ELIECER — C.C. 1083839665

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.839.665
CARDONA GUTIERREZ

APELLIDOS
ELIECER

NOMBRES



FIRMA

CILINDRAJE	POTENCIA HP
	13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VIA	FECHA IMPORT.	PUERTAS
902013000164097	1	16/08/2018	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO	FECHA VENCIMIENTO
28/08/2018	29/08/2018	

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT020051292I1



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1992
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA	G.S. RH	SEXO
1.61	O+	M

29-ABR-2011 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1504100-00358052-M-1083839665-20110308 0027138430A 1 32614255

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2023-01-11	2023-01-12	2024-01-11

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8099761000	WES52E	MOTOS	PARTICULAR	149	2019

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	YAMAHA	
	LÍNEA VEHICULO: FZN150D (FZ-S)	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
G3E9E0070411	9FKRG2161K2070411	9FKRG2161K2070411	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CARDONA, GUTIERREZ, ELIECER	3206723723	CC	1083839665	HOBO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 181700	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278200

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	263,13 [1]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	701,68 [2]	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	8,77	
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	HASTA 180 750	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

FIRMA AUTORIZADA

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el 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, administra, 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

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 02:38:12 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC153068

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

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
47d366eb4ac76d418c685204907e40d0c7b910d97413481b9af
d17ce16c79deeab81eaff4e15660a95214eb1cf4d82a9

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
5254984

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-09 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
699cb8d95cd73815046fd98fe7a06fa1d2662b2094c34ea64035
0b25d96b57bfc2993d2eff5d9a8db58f713f7f04c95f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-10 03:27:59.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

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. FEC153068

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

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
47d366eb4ac76d418c685204907e40d0c7b910d97413481b9af d17ce16c79deeab81eaff4e15660a95214eb1cf4d82a9

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

CUDE:
5ee212cf52f68997757f2c0851ca605e99760386c6796ce2fdfbd e65793d2e0169b81bd46618b5df86906dfed7728dbb

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-10 08:34:42.000 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

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 ,2023.10.10	15:25:41	2023.11.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53069

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
AUTORIZACION:
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 166768
FEC-HOR INGRES: 2023.09.16 - 23:30
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.17 - 13:07

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER
EDAD : 31 Años
DIRECCION: CLL 2A N 13 03 HOBO TELEFONO: 3206723723
OBSERVACIONES:

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	1i Interv 100%										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	17-Sep-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	17-Sep-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	17-Sep-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	17-Sep-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	17-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	17-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	17-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	17-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	17-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	17-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	17-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	17-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	17-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	17-Sep-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	251,000	251,000
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39118	GRUPO 07	17-Sep-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39209	GRUPO 07	17-Sep-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	17-Sep-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) 4-0 DEMETECH	2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS	8	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO	1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	1	0	0
248800	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE	1	48,000	48,000
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15	2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	5	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2	0	0

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!
3 de Noviembre del 2023
20206629

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
Modalidad ELECTRONICA D
na vigencia de: 12 Meses
000 AUTORIZA

Cufe: 563dda531e73b511c98ca4ec5fc27b1531747deb5d6643
ec514201e6c

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

26

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.10.10	15:25:41	2023.11.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53069

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

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS 166768

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.16 - 23:30
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.17 - 13:07

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER
EDAD : 31 Años
DIRECCION: CLL 2A N 13 03 HOBO TELEFONO: 3206723723
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)	17-Sep-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	17-Sep-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	17-Sep-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	17-Sep-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	17-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	17-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	17-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	17-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	17-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	17-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	17-Sep-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	17-Sep-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	17-Sep-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	17-Sep-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	251,000	251,000
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	17-Sep-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39118	GRUPO 07	17-Sep-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39209	GRUPO 07	17-Sep-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	17-Sep-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) 4-0 DEMETECH								2	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE								1	48,000	48,000
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								5	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0

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: 563dda531e73b511c98ca4ec5fc27b1531747deb5d664373ec981edb988bd98cf9287dfd2f61015189985ec514201ec6e

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

26

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 ,2023.10.10	15:25:41	2023.11.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53069

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	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								4	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								200	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								1	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								200	0	0
19987766	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								2	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								44	0	0
	OTROS										
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.09.17	890202		RGM				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.17	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	4,763,700	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,763,700

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.10 03:28:34 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: 563dda531e73b511c98ca4cc5fc27b1531747deb5d664373ec981edb988bd98cf9287dfd2f6101518985ec514201ec6c

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:	53069
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,268,800
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,494,900
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- 53069

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

CARDONA — 1er.Apellido o Razon Social

GUTIERREZ — 2do.Apellido

ELIECER — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] MS[ ] PT[ ] **No. Documento:** 1083839665

De: 41349 **Fecha de Nacimiento:** 1992/08/29 **Sexo:** F[ ] M[X]

Direcci¾n: CLL 2A N 13 03

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3206723723

Municipio: HOBO **Cod.** 349

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: CALLE 5 ESQUINA BARRIO TESORO HOBO

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/16 **Hora:** 21:30

Departamento: HUILA **Cod.** 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA WES52E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR OTRA MOTO QUE LE INVADE EL CARRIL 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:** WES52E

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 8099761000 **Cobro excedente P¾liza** Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2023/01/12 **Hasta:** 2024/01/11

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CARDONA — 1er.Apellido o Razon Social

GUTIERREZ — 2do.Apellido

ELIECER — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE[ ] PA[ ] NIT[ ] TI[ ] RC[ ] **No. Documento** 1083839665

Direccion: CLL 2A N 13 03

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3206723723 **Total Folios:** 0

78

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
CARDONA	GUTIERREZ

1er.Nombre	2do.Nombre
ELIECER	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1083839665

Direcci¾n: CLL 2A N 13 03

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3206723723

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/16 a las 22:16

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: 2023/09/16 a las 22:31

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: 2023/09/16 **a las** 23:30 **Fecha de Egreso:** 2023/09/17 **a las** 13:07

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico definitivo de Egreso
S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

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

Diagnostico relacionado de Egreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

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	4763700	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. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.16 — HORA DE INGRESO: 23:30
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.09.17 — HORA DE EGRESO: 13:07
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
RELACIONADO2: S202 - CONTUSION DEL TORAX

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.17-00:01:35 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 WES52E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR OTRA MOTO QUE LE INVADE EL CARRIL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: HOBO VALORADO A LAS: 23+30 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 16/09/2023 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 21 : 30 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: DIPIRONA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTA, REFIERE PACIENTE PRESENTO EPISODIO DE PERDIDAD DEL ESTADO POSTRURAL POR LO CUAL COLOCAN OXIGENO EN EL MOMENTO CON RECUPERACION . AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, 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

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 95 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 161 PESO: 85 IMC: 33 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 3 / 14

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad EQUIMOSIS DOLOR EDEMA EN REGION FRONTAL, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara HERIDA EN LABIO SUPERIOR DE 2CM, ABRASIONES SUCIAS CON TATAUAJE DOLOR A LA PALPACION EN HEMICARA IZQ MALAR, MENTON DORSO NASAL. LIMITACCION APERTURA ORAL
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, DOLOR A LA PALPACION
<<TORAX>>

24

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

EPICRISIS No. 59745

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

Tórax no signos de dificulta para respirar, EQUIMOSIS DOLOR COSTAL DERECHO , 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 signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN MANO IZQUIERDA DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HERIDA SIMPLE EN CODO DERECHO DE 2CM, HERIDA IRREGULAR LONGITUDINAL 4 DEDO MANO DERECHA SANGRADO ESCASO. 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. CEFALEA 8/10 CONFUSO SOBRE EL EVENTO, No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES MULTIPLES CON TATUAJE EN MANO DERECHA CODO Y ANTEBRAZO DERECHO
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

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.
TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE PELVIS

** 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 ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. INGRESA CON MASCARA Y OXIGENO SUPLEMENTARIO SE RETIRA CON BUENA SATURACCION, 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. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
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
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- NADA VÍA ORAL
- 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 PLASTICO -----CIRUJANO GENERAL---- NEUROCIRUJANO.
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.09.17-00:50:49 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 00:02 / 00:08 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** 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 LAS CUALES SE OBSERVAN EN HEMICARA DERECHA +LABIO SUPERIOR + CODO Y ANTEBRAZO DEREHO + DEDOS DE

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

EPICRISIS No. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

MANO DERECHA SUCIAS 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 QUEDANDO CON RESTOS DE ASFALTO POR LO QUE SE ESPERA VALORACION POR CX PLASTICA.

***** FECHA: 23.09.17-02:57:06 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 MANO DERECHA: FRACTURA TERCIO DISTAL DE FALANGE MEDIA 5 DEDO.

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

TAC DE CARA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

TAC DE ABDOMEN SIMPLE: NO SE EVIDENCIAN LESIONES DE ÓRGANOS INTRA-ABDOMINALES, NO HAY LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD.

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

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

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

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

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

PENDIENTE LABORATORIOS

***** FECHA: 23.09.17-06:41:56 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: 17/09/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 14.56 %NEUTROFILOS: 78.4 % LINFOCITOS: 14.2 HEMOGLOBINA: 15.5 %HEMATOCRITO: 44.2 MCV: 93.4 MCH: 32.7 PLAQUETAS: 209.000
GLICEMIA: 89 TIEMPOS: TP: 18.0 TPT: 36.0 INR: 1.20 CREATININA : 0.7 BUN: 10 TROPONINA: 0.07 BILIRRUBINA TOTAL: 0.50 DIRECTA: 0.00 INDIRECTA: 0.5 TGO: 56 TGP: 90 AMILASA: 52

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES.

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

NORMOGLICEMICO, BUENA FUNCION RENAL Y HEPATICA . TIEMPOS Y AMILASA NORMALES. TROPONINA LEVEMENTE AUMENTADA

***** FECHA: 23.09.17-09:24:24 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:

PACIETNE ADULTO CON POLITRAUAMTISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES CONTUSIONES:
AL EXAMEN FISICO CON:

DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HERIDA IRREGULAR LONGITUDINAL 3 DEDO MANO DERECHA SANGRADO ESCASO.
EN ESTUDIOS DE IMAGENES:

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA TERCIO DISTAL DE FALANGE MEDIA 5 DEDO.

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

TAC DE CARA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

TAC DE ABDOMEN SIMPLE: NO SE EVIDENCIAN LESIONES DE ÓRGANOS INTRA-ABDOMINALES, NO HAY LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD.

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

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

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

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

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

DX:
FRACTURA POR AVULSION DE FALANGE MEDIA 5 DEDO.

MANEJO CONSERVADOR CON SINDACILIA, DEBIDO A LAS ABRASIONES QUE CURSA , COMOTIENE PENDIENTE MANEJO Y VALORAICON POR CIRUGIA PLASTICA, CUANDO SE HAGA PROCEDIMIENTO Y LIMPIEZA ADECUADA DE ESTAS LESIONES EN SALAS DE CIRUGIA,

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

REALIZAR INMOVILIZACION CON YUGO.
SE DA ALTA POR ORTOPEDIA, CITA DE CONTROL EN 15 DIAS.
CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA.

***** FECHA: 23.09.17-09:30:43 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PCIENTE YA VALORADO POR ORTOPEDIA, SE INDICA INMOVILIZACION CON YUGO AL CUAL DEBE REALIZARSE LUEGO DE MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA DE SUS LESIONES EN MANO.
TIENE PENDIENTE VALORACION POR CIRUGA GENERAL Y NEUROCIRUGIA
SE TRASLADA A SALAS DE CIRUGIA PARA CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.17-09:30:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.09.17-12:55:48 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: INTERCON

** VALORACION,PLAN INTERCONSULTAS:
--->><<2023.09.17-12:58:18>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) / ADMIS: 166749

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA POR ACCIDENTE DE TRANSITO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CABEZA Y CUERPO.
ALERGIAS PENICILINA ENFERMEDADES NIEGA
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, ANTEBRAZO DERECHO, DORSO DE 4 Y 5 DEDOS MANO DERECHA, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 3X3 HASTA 7X5 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION NASO LABIAL A DERECHA DE APROX 2 CM SIMPLE, OTRA HERIDA DE IGUAL CARACTERISTICA EN CODO DERECHO, OTRA HERIDA IRREGULAR Y HORIZONTAL, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, IRREGULAR, PERDIDA DE TEJIDO, AVULSIVA EN CARA MEDIAL DE DEDO 4 MANO DERECHA A COLGAJO, DE 4.5 CM, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.
CD A CIRUGIA

19

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

*** FECHA: 23.09.17-13:01:08 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS MULTIPLES

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS CABEZA CUERPO POR POLITRAUMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 130/85 FC: 84 FR: 17 TEMP: 36.5 TALLA: 165 PESO: 55 IMC: 20

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, ANTEBRAZO DERECHO, DORSO DE 4 Y 5 DEDOS MANO DERECHA, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 3X3 HASTA 7X5 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION NASO LABIAL A DERECHA DE APROX 2 CM SIMPLE, OTRA HERIDA DE IGUAL CARACTERISTICA EN CODO DERECHO, OTRA HERIDA IRREGULAR Y HORIZONTAL, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, IRREGULAR, PERDIDA DE TEJIDO, AVULSIVA EN CARA MEDIAL DE DEDO 4 MANO DERECHA A COLGAJO, DE 4.5 CM, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

** EVOLUCION:

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA POR ACCIDENTE DE TRANSITO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CABEZA Y CUERPO.

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

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.17-11:45:50 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.17-13:01:39 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS MULTIPLES

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS CABEZA CUERPO POR POLITRAUMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 130/85 FC: 84 FR: 17 TEMP: 36.5 TALLA: 165 PESO: 55 IMC: 20

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, ANTEBRAZO DERECHO, DORSO DE 4 Y 5 DEDOS MANO DERECHA, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 3X3 HASTA 7X5 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION NASO LABIAL A DERECHA DE APROX 2 CM SIMPLE, OTRA HERIDA DE IGUAL CARACTERISTICA EN CODO DERECHO, OTRA HERIDA IRREGULAR Y HORIZONTAL, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, IRREGULAR, PERDIDA DE TEJIDO, AVULSIVA EN CARA MEDIAL DE DEDO 4 MANO DERECHA A COLGAJO, DE 4.5 CM, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

** EVOLUCION:
A CX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX

***** FECHA: 23.09.17-13:06:51 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RACHID GORRON MALOOF MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: HEIDER JOSE ROMERO CASARES
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 11:45 / 12:15 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF

No. DESCRIPCION: 16400
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

17

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

EPICRISIS No. 59745

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

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

HALLAZGOS:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, ANTEBRAZO DERECHO, DORSO DE 4 Y 5 DEDOS MANO DERECHA, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 3X3 HASTA 7X5 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION NASO LABIAL A DERECHA DE APROX 2 CM SIMPLE, OTRA HERIDA DE IGUAL CARACTERISTICA EN CODO DERECHO, OTRA HERIDA IRREGULAR Y HORIZONTAL, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, IRREGULAR, PERDIDA DE TEJIDO, AVULSIVA EN CARA MEDIAL DE DEDO 4 MANO DERECHA A COLGAJO, DE 4.5 CM, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
1. BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES Y TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PROCEDEMOS:
2. LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS
3. DERMOABRASION MECANICA CON BISTURI SIN COMPLICACIONES HEMOSTASIA COMPRESIVA DE REGIONES DESCRITAS ARRIBA EN CARA Y CUERPO, CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
4. TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN DEDO 4 MANO IZQUIERDA, PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL, POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON PROLENE 4.0, VITAL.
5. SUTURA DE HERIDAS EN CARA DESCRITA ARRIBA SIN COMPLICACIONES CON PROLENE 5.0 PREVIA HEMOSTASIA Y REVISION.
6. SUTURA DE HERIDAS EN CODO DERECHO DESCRITA ARRIBA SIN COMPLICACIONES CON PROLENE 4.0 PREVIA HEMOSTASIA Y REVISION,
7. CURACION CON MERCURIOCROMO.
8. SIN COMPLICACIONES.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.09.17-13:07:59 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS
ACETAMINOFEN 500 MG .....# 28 COMP

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

EPICRISIS No. 59745

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER

DOC.IDENT:	CC 1083839665	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 2A N 13 03		
FCHA.NACTO:	1992.08.29	EDAD:	31 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3206723723
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

TOMAR 1 CADA 6 HORAS
IBUPROFENO 400 MG .....# 15 COMP
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

NO ASOLEARSE
TOMAR MEDICACION
CURACION CADA 8 HORAS CON MERCURIOCROMO POR 10 DIAS Y DESPUES APLICAR ACEITE DE GIRASOL HASTA CAER LAS COSTRAS SOLAS
RETIRO DE PUNTOS EN 16 DIAS SI ESTA EN CONDICIONES

CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.17-13:07:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 1:	S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO		
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. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16400

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166768 Fecha 17/09/23

Nombre Paciente: CARDONA GUTIERREZ ELIECER 1083839665 Edad: 31 Sexo: M

Hora inicio 11:45 Hora fin: 12:15 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: RGM- RACHID GORRON MALOOF Ayudante: RCH- HEIDER JOSE ROMERO CASARES

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. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
2. T016-HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)	2. T016-HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)
3. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)	3. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	RGM	1 - 1i Interv 100%
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	RGM	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	RGM	1 - 1i Interv 100%
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	RGM	1 - 1i Interv 100%
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	RGM	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, ANTEBRAZO DERECHO, DORSO DE 4 Y 5 DEDOS MANO DERECHA, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 3X3 HASTA 7X5 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION NASO LABIAL A DERECHA DE APROX 2 CM SIMPLE, OTRA HERIDA DE IGUAL CARACTERISTICA EN CODO DERECHO, OTRA HERIDA IRREGULAR Y HORIZONTAL, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, IRREGULAR, PERDIDA DE TEJIDO, AVULSIVA EN CARA MEDIAL DE DEDO 4 MANO DERECHA A COLGAJO, DE 4.5 CM, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
1. BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES Y TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PROCEDEMOS:
2. LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS
3. DERMOABRASION MECANICA CON BISTURI SIN COMPLICACIONES HEMOSTASIA COMPRESIVA DE REGIONES DESCRITAS ARRIBA EN CARA Y CUERPO, CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
4. TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN DEDO 4 MANO IZQUIERDA, PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL, POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON PROLENE 4.0, VITAL.
5. SUTURA DE HERIDAS EN CARA DESCRITA ARRIBA SIN COMPLICACIONES CON PROLENE 5.0 PREVIA HEMOSTASIA Y REVISION.
6. SUTURA DE HERIDAS EN CODO DERECHO DESCRITA ARRIBA SIN COMPLICACIONES CON PROLENE 4.0 PREVIA HEMOSTASIA Y REVISION,
7. CURACION CON MERCURIOCROMO.
8. SIN COMPLICACIONES.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO
Complicaci¾n: -

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16400

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166768 Fecha 17/09/23

Nombre Paciente: CARDONA GUTIERREZ ELIECER 1083839665 Edad: 31 Sexo: M

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

NO

Rayos X Intraoperatorios

NO

Intensificador de Imagen

NO



CIRUJANO

13

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083839665

ADMISION N_: 166768

NOMBRE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER **Num. Id-:** CC 1083839665
FECHA NACIMIENTO: 1992.08.29 **EDAD:** 31 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.09.17 **HORA DE INGRESO:** 13:01:08 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.17 13:01
DIRECCION: CLL 2A N 13 03 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3206723723
OCUPACION: 980 CONDUCTORES DE VEHICULOS DE TRANSPORTE **RESPONSABLE:** KELLY LORENAQ USMA TOVAR
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.09.17

<< REGISTRO: 13:01:08 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 07 / DETECCION DE ALTERAC DEL
TIPO DE CONSULTA: CIE VLORACION X ESPCIALISTA (INTR) **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

HERIDAS MULTIPLES

REVISION POR SISTEMA

HERIDAS CABEZA CUERPO POR POLITRAUMA

ANTECEDENTES

--><<2023.09.17-00:01:35>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 166749
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A.

--><<2023.09.17-13:01:08>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 166768

ALERGIAS PENICILINA ENFERMEDADES NIEGA

--><<2023.09.17-15:23:58>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 166782
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 130/85 **FC:** 84 **FR:** 17 **Tmp:** 36.5 **PESO:** 55 **TALLA:** 165

EXAMEN FISICO

AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, ANTEBRAZO DERECHO, DORSO DE 4 Y 5 DEDOS MANO DERECHA, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 3X3 HASTA 7X5 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION NASO LABIAL A DERECHA DE APROX 2 CM SIMPLE, OTRA HERIDA DE IGUAL CARACTERISTICA EN CODO DERECHO, OTRA HERIDA IRREGULAR Y HORIZONTAL, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, IRREGULAR, PERDIDA DE TEJIDO, AVULSIVA EN CARA MEDIAL DE DEDO 4 MANO DERECHA A COLGAJO, DE 4.5 CM, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

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

12

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083839665

ADMISION N_: 166768

NOMBRE: CARDONA GUTIERREZ ELIECER **Num. Id-:** CC 1083839665
FECHA NACIMIENTO: 1992.08.29 **EDAD:** 31 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.09.17 **HORA DE INGRESO:** 13:01:08 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.17 13:01
DIRECCION: CLL 2A N 13 03 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3206723723
OCUPACION: 980 CONDUCTORES DE VEHICULOS DE TRANSPORTE **RESPONSABLE:** KELLY LORENAQ USMA TOVAR
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T016 HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

EVOLUCION

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA POR ACCIDENTE DE TRANSITO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CABEZA Y CUERPO.

ANALISIS/PLAN

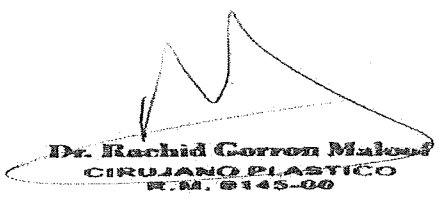
DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.17-11:45:50 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
A CX

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA
FECHA DE EGRESO: 2023.09.17 **HORA DE EGRESO:** 11:45:50 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. RACHID GORRON MALOOF
Registro Medico: 0145/00

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE Eliece Cardon. Gutem. EDAD 31 A SEXO: F ☐ M ☒

IDENTIFICACION: C.C. ☒ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 1083839665 DE

FECHA DE ATENCION:

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA Desbridamiento + Sutura q

CIRUGIA A REALIZAR: Herida a nivel dedo tabaquera con / Cuerpo extraño.

ANTECEDENTES: QX: ☐ PX: ☐ T-A: ☐ TX: ☐ AN: ☐

ESPECIFIQUE Negativos

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hcto. PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA PdeO EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: ☐ 131/73 Fc ☐ 89 Fr ☐ 20 PESO ☐ 80 KG TALLA ☐ CM

SENSORIO Consciente COMPLEXION Trigueño PROTESIS NO LENTES NO

APERTURA ORAL > 4 DISTANCIA MENTOGLOTICA > 7 MALLAMPAT II

NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
CABEZA/CUELLO:		✓	Ausencia — Herida dedo q
TORAX: RsCS	✓		talla pm fue q involucra cap
RsRS	✓		Fibrosa pero, normoexpuesta.
ABDOMEN:	✓		
PELVIS:	✓		Ausencia — ambitos y miembros sin
GENITALES:	✓		cx tabaquera previa Herida x
EXTREMIDADES:		✓	4 dedo cuerpo extraño.
NEUROLOGICO:	✓		

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: II CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. Bajo INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES: Ingresa sola — ausencia Secundaria cuerpo extraño.

OTROS LABORATORIOS:

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO

R.M.

PACIENTE

C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Cadena	Guerra	Elias	83839661

FECHA				EDAD			SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
17	9	23		31			H ☒ M ☐	170	85	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 Fractura en cara y dedo anular D + absceso — cel ay fx

OPERACION PROPUESTA Debridamiento + [illegible] + drenaje

HISTORIA Y ANTECEDENTES

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

NO NO NO

ESPECIFICO

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

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO Rll BN

			TIPO	
			BLOQUEO	
			PERIDURAL	
			ESPINAL	
			GENERAL	

RESUMEN Y PLAN [illegible] Seeell [illegible] cuidados generales [illegible] cuidados UVD

ESTADO PSICOLOGO [illegible]

PREFIERE ACEPTA RECHAZA NECESITA SANGRE NO C.C.

PREMEDICACION NO

FIRMA [signature]

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Cx

REPARACION E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA 11:44

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA Nula

REFLEJOS [illegible]

MOTILIDAD [illegible]

RECUPERACION Ok

CONCIENCIA Ok

DIURESIS Ok

SENSIBILIDAD Ok

PIEL rosa hales

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

COMENTARIOS

Ingresa vivo a Sala de recuperacion bajo anestesia general sin complicaciones

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

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejor

FIRMA [signature]

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 XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

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	6 150	7 28	8 50
9 180	10	11 90	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,17-Sep-2023 08:42:1

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

860028415 CARDONA GUTIERREZ ELIECER EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	EDAD	ANEXO2:	Fecha Ingreso: 2023.09.1 23:30
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	31 Años		Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1083839665 CARDONA GUTIERREZ ELIECER	1 NIVEL I	HOBO	CLL 2A N 13 03	3206723723

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.17	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2023.09.17	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LLR	1.00
2023.09.17	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	44.00
2023.09.17	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	LLR	10.00
2023.09.17	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	1.00
2023.09.17	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.09.17	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LLR	1.00
2023.09.17	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.09.17	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	200.00
2023.09.17	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	4.00
2023.09.17	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	200.00
2023.09.17	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2023.09.17	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 4-0 DEMETECH	LLR	2.00
2023.09.17	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	LLR	2.00
2023.09.17	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2023.09.17	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2023.09.17	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2023.09.17	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2023.09.17	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LLR	1.00
2023.09.17	KR	MASCARA	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE	LLR	1.00
2023.09.17	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	LLR	10.00
2023.09.17	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	5.00
2023.09.17	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2023.09.17	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2023.09.17	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	5.00
2023.09.17	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LLR	5.00

8

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
2023091600011 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 16 MES 09 AÑO 2023 Autorización: XXX
No. de Historia Clínica CC1083839665
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
ELIECER	CARDONA	GUTIERREZ	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1083839665
Dirección CALLE 7 N -9-77 Teléfono 3133223067 Edad 31 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 29/08/1992
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	Fecha de Egreso	Servicio que Remite		Especialidad
D 16 M 09 A 2023	D 16 M 09 A 2023	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	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 31 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TAURO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION, NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONTUSION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

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 22:16 Hora 22 Minutos 16

Nombre de la persona que solicita la Remisión

MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 22:16 Hora 22 Minutos 16

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	S602

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TAURO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONTUSION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
110/80	85	36.50	20	170.0	80.00	

Hallazgos del Examen Físico

NORMAL BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza:**Anormal CONTUSION EN CABEZA CON HEMATOMA - **Cuello:**Normal NORMAL - **Torax:**Normal NORMAL - **Abdomen:**Normal NORMAL - **G/U:**Normal NORMAL - **Extremidades:**Anormal CONTUSION EN MANO DERECHA - **Neurológico:**Normal NORMAL - **Nariz:**Normal NORMAL - **Oidos:**Normal NORMAL - **Boca:**Normal NORMAL - **Ojos:**Normal NORMAL - **Piel:**Normal NORMAL - **Ano:**Normal NORMAL - **Osteomuscular:**Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE

OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	S602

Observaciones o Sugerencias

REMISION POR ORTOPEDIA

Impreso por:

Wuendi Lorena Trujillo

WUENDI LORENA TRUJILLO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
Nit. 813011515-8
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 16 de Septiembre de 2023 Hasta 16 de Septiembre de 2023
CC 1083839665 - ELIECER CARDONA GUTIERREZ

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	29/08/1992 - 31 Año(s)
Género:	Masculino
RH	O+
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	No Definido
Ocupación:	Supervisor Trabajadores Metal En Lamina
Estado civil:	No Aplica
Grupo de atención:	
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	
Responsables del paciente:	
Parentesco del responsable:	
Teléfono del responsable:	

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Huila
Municipio:	Hobo
Dirección:	Calle 7 N -9-77
Telefono:	3133223067 - 3212128174

Administradora	**Tipo de usuario**
PARTICULAR	PARTICULAR

Atención: 202309160011

Fecha y Hora de Ingreso: 16/09/2023 21:56:48

Identificación:	CC 1083839665	Edad en la atención:	31 Ano(s)
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT	Nombre:	ELIECER CARDONA GUTIERREZ
Poliza:		Tipo de Usuario:	Soat
Servicio de ingreso:	Urgencias Ambulatorio	Autorización:	

Datos del acompañante

Tipo: Solo

Cierre Historia

Fecha y Hora: 16/09/2023 23:18:04

URGENCIAS

- **Triage**

Fecha y Hora: 16/09/2023 22:13:20 **Profesional:**Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .) **Identificación:** CC 72216783

Motivo: ACCIDENTE DE TRANSITO

Signos Vitales

Peso:80.00 Kg Talla:170.0 cm MC:27.68 Kg/m^2 FC:85 Min. FR:20 Min. Temp:36.50 °C PA:110/80 TM: 90 Saturación:99.00 %

Hallazgos Clinicos: PACIENTE MASCULINO DE 31 A?OS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TAURO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONTUSION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Impresión Diag: S098 OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS

Clasificación: Triage III

Conducta: Urgencias. TRATAMIENTO 1.SSN 0.9% 1000 CC IV 2.DIPIRONA 2.5 MG IV 3.REMISION POR ORTOPEDIA 4.CVS Y AC

- **Consultas**

Consulta N°. 0 SEDE: HOBO

Fecha y Hora: 16/09/2023 22:13:33 **Profesional:**Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .) **Identificación:**CC 72216783

Tipo: (890701) CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL

Anamnesis

Finalidad: No Aplica

Motivo de Consulta: ACCIDENTE DE TRANSITO

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE LA INSTITUCION ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-30 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR CALLE 5 ESQUINA DE MUNICIPIO DE HOBO BARRIO TAURO CUANDO LE INVADE EL CARRIL OTRA MOTO PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA Y POMULO DERECHO CON HEMATOMA ASI MISMO EN MANO DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL Y DEFOMRIMIDAD EN CARA INTERNA, MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA

Impreso Por:

Wuendi Lorena Trujillo

WUENDI LORENA TRUJILLO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
Nit. 813011515-8
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 16 de Septiembre de 2023 Hasta 16 de Septiembre de 2023
CC 1083839665 - ELIECER CARDONA GUTIERREZ

CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADDES EUTROFICAS CON CONTUSION EN MANO DERECHA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Antecedentes

Planifica:	No	
Familiares:	Si	NIEGA
Personales:	Si	NIEGA
Patológicos:	Si	NIEGA
Quirúrgicos:	Si	NIEGA
Tóxico:	Si	NIEGA
Alérgicos:	Si	NIEGA
Fisiológicos:	Si	NIEGA
Alimentarios:	Si	NIEGA
Traumáticos:	Si	NIEGA
Farmacológicos:	Si	NIEGA

Signos Vitales

Peso: 80.00 Kg | Talla: 170.0 Cm | Masa Corporal: 27.68 Kg/m^2 | Frecuencia Cardiaca: 85 Min
Frecuencia Respiratoria: 20 Min | Temperatura: 36.50 °C | Presión Arterial: 110/80 | Tension media: 90
Saturación: 99.00 %

Exámen Físico

Estado General:	BUEN ESTADO GENERAL	
Cabeza:	Anormal	CONTUSION EN CABEZA CON HEMATOMA
Cuello:	Normal	NORMAL
Torax:	Normal	NORMAL
Abdomen:	Normal	NORMAL
G/U:	Normal	NORMAL
Extremidades:	Anormal	CONTUSION EN MANO DERECHA
Neurológico:	Normal	NORMAL
Nariz:	Normal	NORMAL
Oidos:	Normal	NORMAL
Boca:	Normal	NORMAL
Ojos:	Normal	NORMAL
Piel:	Normal	NORMAL
Ano:	Normal	NORMAL
Osteomuscular:	Normal	NORMAL
Revisión por Sistema:	NORMAL	
Sintomático Respiratorio:	No	
Sintomático de Piel:	No	
Sintomático Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(50) Normal	

Análisis de Laboratorios e Imágenes Diagnósticas

Análisis:

Diagnóstico		Tipo Diagnóstico
Principal	(S098) OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	Impresion Diagnostica
Rela 1	(S602) CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?ECA Y DE LA MANO	Impresion Diagnostica

Plan de Manejo y Recomendaciones

Destino: REMISION
Recomendaciones: REMISION POR ORTOPEDIA

• Signos Vitales

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1	HOBO	16/09/2023	22:14:56	80.00	170.0	27.68	85	20	36.50	110/80	90	0	99.00	MANUEL FRANCISCO SOC

• Remisiones

Fecha y Hora: **16/09/2023 22:16:02** **Profesional:Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .)**
Remision N° 1

Especialidad:	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		
Institución:	----------		
Acepta:	XXX	Autorización:	XXX
Modalidad:	Remision		
Motivo:	Nivel de competencia	Incluir Ambulancia:	No

Impreso Por:

Wuendi Lorena Trujillo

WUENDI LORENA TRUJILLO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10016733170

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WES52E	YAMAHA	FZN150D (FZ-S)	2019

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO AZUL GRIS	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
G3E9E0070411	N	9FKRG2161K2070411

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
	N	9FKRG2161K2070411	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CARDONA GUTIERREZ ELIECER
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1083839665

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.839.665
CARDONA GUTIERREZ

APELLIDOS
ELIECER

NOMBRES

ELIECER CARDONA
FIRMA



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDAJE	POTENCIA HP
******	13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 002018000164597

VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
I	16/08/2018	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
29/08/2018	29/08/2018	*******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT02005129211



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1992
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-ABR-2011 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1904300-00306052-M-1083839665-20110603 0027138430A 1 33614295

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:	WES52E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10016733170	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	FZN150D (FZ-S)
MODELO:	2019	COLOR:	NEGRO AZUL GRIS
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	G3E9E0070411
NÚMERO DE CHASIS:	9FKRG2161K2070411	NÚMERO DE VIN:	9FKRG2161K2070411
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	29/08/2018
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8099761000	11/01/2023	12/01/2023	11/01/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
15497700012590	17/09/2021	18/09/2021	17/09/2022	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
14755700001110	03/09/2020	04/09/2020	03/09/2021	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
1308004237722000	30/08/2019	31/08/2019	30/08/2020	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
1308004177030000	27/08/2018	28/08/2018	27/08/2019	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	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 02:38:35 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC153069

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

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
563dda531e73b511c98ca4ec5fc27b1531747deb5d664373ec9
81edb988bd98cf9287dfd2f6101518985ec514201ec6e

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4763700

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-09 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
606d3a4102c6f24c3a1db44f431df56dd6f6a0de5824f8cf547c98
55cccff5592606e63baa82e4f7079818477a5873d0

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-10 03:28:34.000 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. FEC153069

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

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
563dda531e73b511c98ca4ec5fc27b1531747deb5d664373ec9
81edb988bd98cf9287dfd2f6101518985ec514201ec6e

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

CUDE:
d2d0ee692ef3abdefc178aef07c9286fdd195972ed6f65a46e007
a31f48cca2767fec508bf1c30cd7857980836b0855c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-10 08:34:41.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
0dbbbccb99d8e4f23a987d7da0e2d0bbcefaa91e6d1ebbd2eb2e
591e01ac4ba396f490a61802acc65a2817722816e65f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-10 09:46:03.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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. FEC153069

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

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
563dda531e73b511c98ca4ec5fc27b1531747deb5d664373ec9
81edb988bd98cf9287dfd2f6101518985ec514201ec6e

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7c2bea0abb336f017d8bd4ec9550d5e217708842fe8e7a0080b
85b507a3fd822897160c90f839421fd577e13e8d64aa8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-10 09:46:11.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 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 ,2023.10.12	08:23:30	2023.11.11

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53110

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 167579

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.09.30 - 21:18	2023.10.01 - 00:19

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075296386 ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO EDAD : 27 Años
DIRECCION: CLL 19B N 50A-49 NEIVA TELEFONO: 3115304364
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								5	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
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.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
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	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TÓBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.30	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.30	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.30	873121		JAB				1	81,400	81,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.30	890701		JDP				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.30	S22101		KML				1	26,400	26,400

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA L

CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9
una vigencia de: 12 Meses
)000 de Neiva

Cufe: 246c7fdb7348828ec8b5eb495a71ba16cd894595e7c5e: ce9e22d56eec8
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia JJILLO NIT. 36.353.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta EQUIDAD COLOMBIA S. A. S Nit. 900.200.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
31 de Octubre del 2023
20205171

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 ,2023.10.12	08:23:30	2023.11.11

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53110

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 167579

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.09.30 - 21:18	2023.10.01 - 00:19

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1075296386 ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO EDAD : 27 Años

DIRECCION: CLL 19B N 50A-49 NEIVA TELEFONO: 3115304364

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								5	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19986775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
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.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
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	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.30	873206		JAB				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.30	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.30	873121		JAB				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.30	873121		JAB				1	81,400	81,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.30	890701		JDP				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.30	S22101		KML				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: 246c7fdb7348828ec8b5eb495a71ba16cd894595e7c5cf1d41b922a56eca525019f1318e4be3e0f597fce9e22d56eec8

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 ,2023.10.12	08:23:30	2023.11.11

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53110

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

VALOR BRUTO:	769,108	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	769,108

SON: SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.12 08:26:06 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT, 800.110,181-9

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

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

Cufe: 246c7fdb7348828cc8b5eb495a71ba16cd894595e7c5ef1d41b922a56eca525019f1318e4be3e0f597fce9e22d56eec8

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:	53110
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 742,508
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 26,600
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- 53110

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

ROJAS — 1er.Apellido o Razon Social

VARGAS — 2do.Apellido

NICOLAS — 1er.Nombre

HERNANDO — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] MS[ ] PT[ ] **No. Documento:** 1075296386

De: 41001 **Fecha de Nacimiento:** 1996/04/30 **Sexo:** F[ ] M[X]

Direcci¾n: CLL 19B N 50A-49

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3115304364

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: CALLE 19 CRA 39

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/30 **Hora:** 20:25

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 RUB02E QUIEN 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:** RUB02E

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 8102143900 **Cobro excedente P¾liza** Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2023/02/12 **Hasta:** 2024/02/11

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

VARGAS — 1er.Apellido o Razon Social

SOLORZA — 2do.Apellido

SANDRA — 1er.Nombre

PATRICIA — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE[ ] PA[ ] NIT[ ] TI[ ] RC[ ] **No. Documento** 55173392

Direccion: CLL 19B N 50A 49

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: RIVERA **Cod.** 615 **Telefono:** 3115304364 **Total Folios:** 0

75

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
ROJAS	VARGAS

1er.Nombre	2do.Nombre
NICOLAS	HERNANDO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1075296386

Direcci¾n: CLL 19B N 50A 49

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3115304364

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: 2023/09/30 **a las** 21:18

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S500 CONTUSION DEL CODO

Fecha de Egreso: 2023/10/1 **a las** 00:19

Diagnostico presuntivo de Egreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico definitivo de Egreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Egreso
S500 CONTUSION DEL CODO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
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	769108	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

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. 60066

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075296386	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 19B N 50A-49
FCHA.NACTO:	1996.04.30	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+	TEL:	3115304364

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.30 — HORA DE INGRESO: 21:18
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.10.01 — HORA DE EGRESO: 00:19
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
CONFIRMADO: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO1: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.30-22:39:16 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 CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA RUB02E QUIEN COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 22+30
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO + PIERNA IZQUIERDA , 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:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 115/65 FC: 75 FR: 19 TEMP: 35.6 PESO: 70 SATO2: 96 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

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

EPICRISIS No. 60066

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075296386	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 19B N 50A-49		
FCHA.NACTO:	1996.04.30	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115304364
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: MIEMBRO SUPERIOR DERECHO : : SE EVIDENCIA EDEMA CON DOLOR A LA PALPACION EN HOMBRO CON LIMITACION EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE LA CINTURA ESCAPULRAR+ EDEMA CON DOLOR A LA PALPACION EN CODO CON LIMITACION EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE LA FLEXOEXTENSION + EDEMA CON DOLOR A LA PALPACION EN MUÑECA CON LIMITACION EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTO PRONOSUPINACION MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO : SE EVIDENCIA EDEMA CON DOLOR A LA PALPACION EN CODO CON LIMITACION EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE LA FLEXOEXTENSION MIEMBRO INFERIOR DERECHO ; EDEMA CON DOLOR A LA PALPACION EN RODILLA CON LIMITACION EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE LA FLEXOEXTENSION +SE EVIDENCIA EDEMA BIMALEOLAR CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION EN LA ROTACION INTERNA ABDUCCION DEL TOBILLO + DOLOR A LA PALPACION EN DORSO DEL PIE EL CUAL DIFICULTA LA DEAMBULACION MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO : SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION EN TERCIO MEDIO DE PIERNA IZQUIERDA CON MARCADO DOLOR A LA PALPACION NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA
<<PIEL>>
SE EVIDENCIA ABRASIONES HOMBRO DERECHO CODOS BILATERALES MUÑECA DERECHA Y PIERNA IZQUIERDA
<<FANERAS>>
NORMAL

** 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: URGENCIAS
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- ***REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES****
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- REVALORACION
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

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

EPICRISIS No. 60066

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

PACIENTE: ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075296386	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 19B N 50A-49		
FCHA.NACTO:	1996.04.30	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115304364
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

*** FECHA: 23.09.30-22:57:22 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*** FECHA: 23.09.30-23:47:27 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: 22:40 / 22:45 DURACION: 00:04

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 HOMBRO Y CODO + 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: 23.10.01-00:16:17 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 CODO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

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

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

19

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

EPICRISIS No. 60066

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

PACIENTE: ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075296386	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 19B N 50A-49		
FCHA.NACTO:	1996.04.30	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115304364
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

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

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

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

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

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

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.10.01-00:19:05 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO. AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE 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: CUERVO.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 7.
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.

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

EPICRISIS No. 60066

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

PACIENTE: ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075296386	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 19B N 50A-49		
FCHA.NACTO:	1996.04.30	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115304364
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
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 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

***** FECHA: 23.10.01-00:19:48 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: 2023.10.01-00:19:16 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
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

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061724214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

17

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167579

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167579 **Fecha** 2023/09/30

Nombre Paciente: ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO - 1075296386 **Edad:** 27 **Sexo:** M

Quien Realiza: KML- KARLA MELISA LOPEZ Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
2. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
6. S901-CONTUSION DE DEDO(S) DEL PIE, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
2. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
6. S901-CONTUSION DE DEDO(S) DEL PIE, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

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 HOMBRO Y CODO + 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-Oct-2023 10:52:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS
860028415 ROJAS VARGAS NICOLAS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.09.3 21:18
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 27 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1075296386 ROJAS VARGAS NICOLAS 1 NIVEL I NEIVA CLL 19B N 50A-49 3115304364

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.30	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	10.00
2023.09.30	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	10.00
2023.09.30	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	1.00
2023.09.30	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	5.00
2023.09.30	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	1.00
2023.09.30	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	KML	1.00

PACIENTE: 1075296386 ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO **EDAD:** 27

DIRECCION: CLL 19B N 50A-49 **TELEFONO:** 3115304364

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59189 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.29 **Nº POLIZA:** 8102143900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 30 de septiembre de 2023						
22:40:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	DIS1	
22:40:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	DIS1	
22:40:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DIS1	
22:40:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 6.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO No. Identif. 1075296386 Edad. 27

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.10.01

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
* 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 Alberto Bazan C.
Medico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061.724.214

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -195524

FECHA EMISION:	2023.10.01
HORA:	00:31:34
PAGINA No:	1

USUARIO: ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO **FECHA DE PEDIDO:** 2023/10/1

DOC.IDENT: CC 1075296386 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
002	LAB CEFRAX	TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	32.00
			TOTAL CANTIDAD:	82.00

Recibido Paciente

12

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.10.11
HORA:	17:13:03
PAGINA No:	1

Numero: 83345 Fecha Ex. 30/09/23 Hora 17:12
Nombre Paciente: 1075296386 ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO
Dirección: CLL 19B N 50A-49 Telefono:3115304364 Edad:27 A Sexo:M
Medico: JUAN DAVID PALOMINO LUNA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

*HALLAZGOS

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

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

*HALLAZGOS

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

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos del pie.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del cuello del pie derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.
No se descarta la posibilidad de esguince.

RADIOGRAFIA DE 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 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.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.10.11
HORA:	17:13:03
PAGINA No:	2

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:	23.10.11
HORA:	17:18:25
PAGINA No:	1

Numero: 83347 Fecha Ex. 30/09/23 Hora 17:18
Nombre Paciente: 1075296386 ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO
Dirección: CLL 19B N 50A-49 Telefono:3115304364 Edad:27 A Sexo:M
Medico: JUAN DAVID PALOMINO LUNA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

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

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:	23.10.11
HORA:	17:17:35
PAGINA No:	1

Numero: 83346 Fecha Ex. 30/09/23 Hora 17:17
Nombre Paciente: 1075296386 ROJAS VARGAS NICOLAS HERNANDO
Dirección: CLL 19B N 50A-49 Telefono:3115304364 Edad:27 A Sexo:M
Medico: JUAN DAVID PALOMINO LUNA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de fracturas de tibia ni de peroné en las proyecciones presentadas.

FIRMA

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

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

Neiva, 30-09-2023

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Nicolas Armando Rojas identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075296386, 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: Nicolas H. Rojas
c.c. 1075296386

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

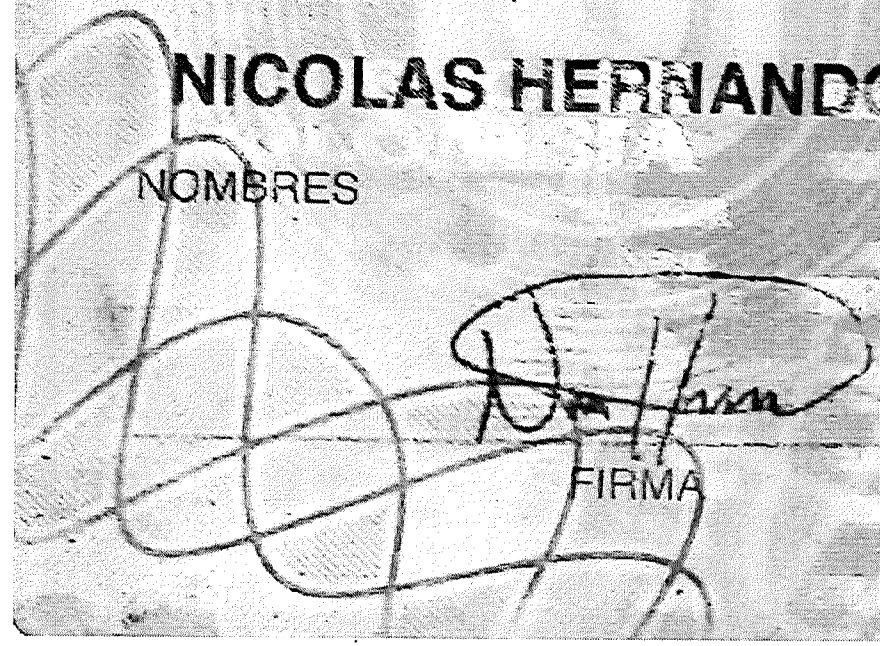
NUMERO 1.075.296.386

ROJAS VARGAS

APELLIDOS

NICOLAS HERNANDO

NOMBRES



FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-1996**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAY-2014 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1900100-00596780-M-1075296386-20140708 0039133623A 1 42815402

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	55173392
NOMBRES	SANDRA PATRICIA
APELLIDOS	VARGAS SOLORZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/05/2023 10:55:41	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10018975307

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
RUB02E	VICTORY	ONE	2019

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
97	ROJO RACING NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

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

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
1P50FMGJ1067743	N	9FLXCG7D0KCB04207

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
9FLXCG7D0KCB04207	N	9FLXCG7D0KCB04207	N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
VARGAS SOLORZA SANDRA PATRICIA	C.C. 55173392

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
90201800021668

I/E
I

FECHA IMPORT
05/02/2018

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRICULA
12/02/2018

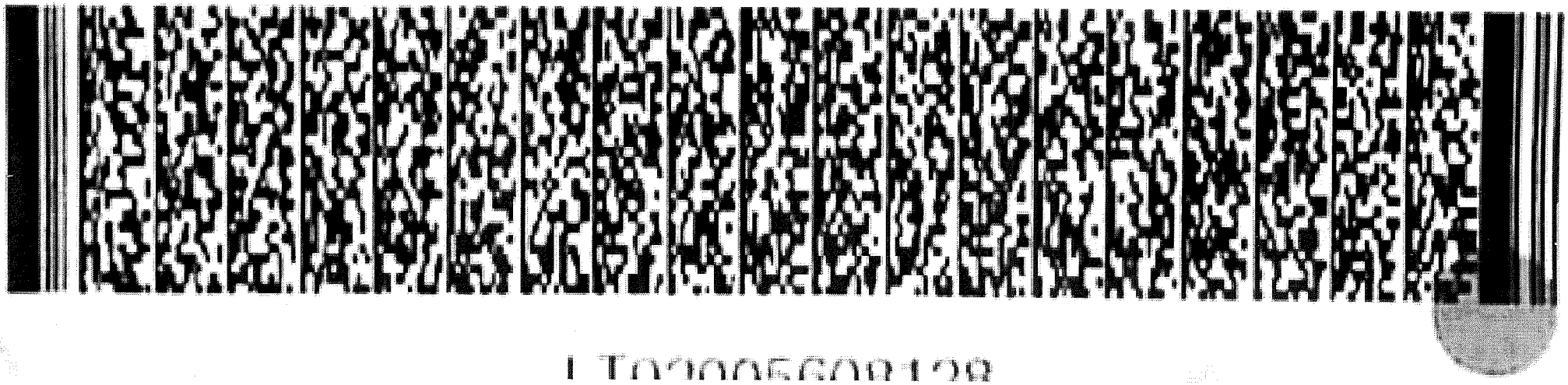
FECHA EXP LIC TTO
13/08/2019

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA





Powered by CamScanner

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:	RUB02E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10018975307	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	ONE
MODELO:	2019	COLOR:	ROJO RACING NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9FLXCG7D0KCB04207	NÚMERO DE MOTOR:	1P50FMGJ1067743
NÚMERO DE CHASIS:	9FLXCG7D0KCB04207	NÚMERO DE VIN:	9FLXCG7D0KCB04207
CILINDRAJE:	97	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	12/02/2018
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8102143900	11/02/2023	12/02/2023	11/02/2024	110	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
5600001652	03/02/2022	10/02/2022	09/02/2023	111	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA	NO VIGENTE
850497	08/02/2021	10/02/2021	09/02/2022	111	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA	NO VIGENTE
8048326400	08/02/2020	10/02/2020	09/02/2021	110	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
8023444100	09/02/2019	10/02/2019	09/02/2020	110	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	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 02:39:06 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC153110

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

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
246c7fdb7348828ec8b5eb495a71ba16cd894595e7c5ef1d41b9
22a56eca525019f1318e4be3e0f597fce9e22d56eec8

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
769108

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-11 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
a0febd6e64d5de88ed58af7bd6f03da94368089e427f27b4d7d6
7d636e6222a3c8f5261cc630ec6083cf339f5cdde1fa

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-12 08:26:06.000 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. FEC153110

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

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
246c7fdb7348828ec8b5eb495a71ba16cd894595e7c5ef1d41b9
22a56eca525019f1318e4be3e0f597fce9e22d56eec8

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

CUDE:
d5cf7b4cb8b4c2dde02e49252b80c96951991e21ea646e044fd4
a10b07b5c47db42f28fb083844cb0afc4df01fab1382

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-21 01:39:33.000 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

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 ,2023.10.12	08:19:36	2023.11.11

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53109

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: 167888

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.10.05 - 12:14
FEC-HORA EGRESO: 2023.10.05 - 19:07

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 30669207 MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA
EDAD : 41 Años
DIRECCION: CRA 28 N 54-31 NEIVA TELEFONO: 3103213224

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 1i Interv 100%	5-Oct-2023	S55101					APG	1	86,100	86,100
37201	ARTROCENTESIS	5-Oct-2023	819101	1				APG	1	65,300	65,300
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.05	873121					APG	1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.05	873121					APG	1	81,400	81,400
21712	TORAX	2023.10.05	879301					APG	1	648,100	648,100
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.05	890302					FGR	1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.05	890701					APG	1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.05	S22101					MLD	1	26,400	26,400
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2023.10.05	S22103					APG	1	86,100	86,100

VALOR BRUTO:	1,504,412	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,504,412

SON: UN MILLON QUINIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.12 08:22:20 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 187

Modalidad ELECTRONICA De

Cufe: a51d8a2072e3f844e381e3bdf73f76ac9d07877549eb289

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Pr

equidad seguros

ODIGO DEL COMERCIO
9.110.181-9

na vigencia de: *12 Meses*
100 AUTORIZA
04fd36f9a290
JILLO Nit: 830.053.461 - 0
COLOMBIA S. A. S Nit: 900.336.126 - 0

Recibido!
31 de Octubre del 2023
20205170

18

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.10.12	08:19:36	2023.11.11

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53109

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: 167888
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2023.10.05 - 12:14
FEC-HORA EGRESO: 2023.10.05 - 19:07

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 30669207 MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA
EDAD : 41 Años
DIRECCION: CRA 28 N 54-31 NEIVA
TELEFONO: 3103213224
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 1i Interv 100%	5-Oct-2023	S55101					APG	1	86,100	86,100
37201	ARTROCENTESIS	5-Oct-2023	819101	1				APG	1	65,300	65,300
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.05	873121		APG				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.05	873121		APG				1	81,400	81,400
21712	TORAX	2023.10.05	879301		APG				1	648,100	648,100
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.05	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.05	890701		APG				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.05	S22101		MLD				1	26,400	26,400
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2023.10.05	S22103		APG				1	86,100	86,100

VALOR BRUTO:	1,504,412	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,504,412

SON: UN MILLON QUINIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.12 08:22:20 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: a51d8a2072e3f844e381e3bdf73f76ac9d07877549eb289c43a25304c57e2424ffb027be76d73d2ec3c604fd36f9a290

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

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

18

FACTURA:	53109
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 856,312
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 648,100
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 ,2023.10.12	08:19:36	2023.11.11

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 53109

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: 167888

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.05 - 12:14	2023.10.05 - 19:07

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 30669207 MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA EDAD : 41 Años
DIRECCION: CRA 28 N 54-31 NEIVA TELEFONO: 3103213224
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 1i Interv 100%	5-Oct-2023	S55101					APG	1	86,100	86,100
37201	ARTROCENTESIS	5-Oct-2023	819101	1				APG	1	65,300	65,300
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.05	873121				APG		1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.05	873121				APG		1	81,400	81,400
21712	TORAX	2023.10.05	879301				APG		1	648,100	648,100
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.05	890302				FGR		1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.05	890701				APG		1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.05	S22101				MLD		1	26,400	26,400
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2023.10.05	S22103				APG		1	86,100	86,100

VALOR BRUTO:	1,504,412	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,504,412

SON: UN MILLON QUINIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.12 08:22:20 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: a51d8a2072e3f844e381e3bdf73f76ac9d07877549eb289c43a25304c57e2424ffb027be76d73d2ec3c604fd36f9a290

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

188

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- 53109

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

MARTINEZ — 1er.Apellido o Razon Social

ESPITIA — 2do.Apellido

ELY — 1er.Nombre

YOHANA — 2do.Nombre

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

No. Documento: 30669207

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1982/02/25 Sexo: F[X] M

Direcci¾n: CRA 28 N 54-31

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3103213224

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 16 CON CALLE 41

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/5 Hora: 09:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA GRG20F QUIEN PIERDE EL CONTROL AL ESQUIVAR UN CANINO 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: GRG20F

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 8118172800 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/09/16 Hasta: 2024/09/15

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CARDOSO — 1er.Apellido o Razon Social

MARTINEZ — 2do.Apellido

MARIA — 1er.Nombre

DANIELA — 2do.Nombre

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

No. Documento 1076501295

Direccion: CRA 28 N 54 31

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3103213224 Total Folios: 0

20

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

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

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er.Apellido	2do.Apellido
MARTINEZ	ESPITIA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ELY	YOHANA

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 30669207

Direcci¾n: CRA 28 N 54 31

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3103213224

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: / / a las

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

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

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

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

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

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

Fecha de ingreso: 2023/10/5 **a las** 12:14

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Fecha de Egreso: 2023/10/5 **a las** 19:07

Diagnostico presuntivo de Egreso

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
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	1504412	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

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

EPICRISIS No. 60169

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

PACIENTE: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA

DOC.IDENT:	CC 30669207	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CRA 28 N 54-31
FCHA.NACTO:	1982.02.25	EDAD:	41 A	CIUDAD:	NEIVA TEL: 3103213224
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+		

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.10.05 — HORA DE INGRESO: 12:14
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.10.05 — HORA DE EGRESO: 19:07
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO1: S202 - CONTUSION DEL TORAX

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.05-12:42:11 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 CONDCUTORA DE LA MOTO CON PLACA GRG20F QUIEN PIERDE EL CONTROL AL ESQUIVAR UN CANINO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 12:30 PM
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE HOY , OCASIONANDO TRAUMAS MULTIPLES, MOTIVO POR EL CUAL DECIDE CONSULTAR.
EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 160 PESO: 59 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:

<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, DOLOROSO A LA PALPACION EN HEMITORAX IZUQIERDO Y EN REGION ESTERNAL SUPERIOR
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSA.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

17

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

EPICRISIS No. 60169

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

PACIENTE: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA

DOC.IDENT:	CC 30669207	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CRA 28 N 54-31		
FCHA.NACTO:	1982.02.25	EDAD:	41 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3103213224
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

<<PIEL>>
SIN LESIONES.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLCIAR IM AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 23.10.05-13:03:30 MEDICO: / (JEFE ENF. MLD - MADY LUZ DIAZ SANDOVAL - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 12:43 / 12:43 DURACION: 00:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO EPP Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 Y POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION

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

EPICRISIS No. 60169

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

PACIENTE: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA

DOC.IDENT:	CC 30669207	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CRA 28 N 54-31		
FCHA.NACTO:	1982.02.25	EDAD:	41 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3103213224
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE LA JEFE DE TURNO MADY DIAZ ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG IM EN GLUTEO DERECHO Y SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

*** FECHA: 23.10.05-13:45:44 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA BILATERAL ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA IZQUIERDA DERRAME NARTICULAR XX Y DOLOR EN INTERLINEA MEDIAL , BUENA MOVILIDAD NO INESTAABILIDAD . RODILLA DERECHA EDEMA Y DOLOR EN CARA ANTERIOR BUEN MOVILIDAD NO INESTABILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: ESGUINCE RODILLA IZQ
CONTUSION RODILLA DERECHA
PLAN: DEJAR EN OBSERVACION CON ANLGESICOS PARA OBSERVACION DE LA HEMARTROSIS

*** FECHA: 23.10.05-16:26:07 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

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

**RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

**RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

CONCEPTO: ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DENTRO DE LA NORMALIDAD. PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 23.10.05-16:31:31 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.10.05-18:54:13 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

SALA: 12 - SALA DE PROCEDIMIENTOS
HORA INICIAL/FINAL: 18:00 / 18:20 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

EPICRISIS No. 60169

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

PACIENTE: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA

DOC.IDENT:	CC 30669207	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CRA 28 N 54-31		
FCHA.NACTO:	1982.02.25	EDAD:	41 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3103213224
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

ARTROCENTESIS VIA: 1 QUIEN REALIZA: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQ CON DRENAJE DE 120 ML DE SANGRE . SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO . NO COMPLICACIONES.

*** FECHA: 23.10.05-18:54:52 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON HEMARTROSIS XX RODILLA IZQ POR ESGUINCE EN CCIDENTE DE TRANSITO .
PLAN
SE PASA A SALA DE POROCEDIMEINTOS .

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE PROCEDIMIENTOS
ARTROCENTESIS
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQ CON DRENAJE DE 120 ML DE SANGRE . SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO . NO COMPLICACIONES.

PLAN
SALIDA CON AINES
CONTROL CE EN 15 DIAS
INCAPACIDAD 10 DIAS

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.10.05-19:07:40 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES. REALIZÓ ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQUIERDA POR HEMARTROSIS, SIN COMPLICACIONES. ESPECIALIDAD TRATANTE INDICADA EGRESO. CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

14

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

EPICRISIS No. 60169

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

PACIENTE: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA

DOC.IDENT:	CC 30669207	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CRA 28 N 54-31		
FCHA.NACTO:	1982.02.25	EDAD:	41 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3103213224
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 5 DIAS CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA ETORICOXIB TABLETA 90 MG TOMAR UNA CADA DIA POR 7 DIAS*SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR TRES VECES POR DIA POR UNA SEMANA*
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINAR EL TIEMPOINDICADO POR SU MEDICO.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- 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.

SIGNOS DE ALARMA:
TIENE DOLOR AGUDO, ESTA CON MUCHA LIMITACION FUNCIONAL, ESTA ROJO, CALIENTE, ESTA MUY HINCHADO, EL DOLOR HA IDO EMPEORANDO HACIENDOSE AGUDO, SI LE OPERARON Y PRESENTA FIEBRE EN LOS PRIMEROS DIEZ DIAS DE CIRUGIA, SI LOS PUNTOS SE LE ABRIERON, SI LE ESTAN SUPURANDO LOS PUNTOS O LA HERIDA, TENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR TORAXICO ENTRE OTROS PARA RECONSULTAR*
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL
CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 CAPSULA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6 DIAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.05-19:07:06 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

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

EPICRISIS No. 60169

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA

DOC.IDENT:	CC 30669207	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CRA 28 N 54-31		
FCHA.NACTO:	1982.02.25	EDAD:	41 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3103213224
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

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

CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO 1: 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@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167888

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167888 **Fecha** 2023/10/5

Nombre Paciente: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA - 30669207 **Edad:** 41 **Sexo:** F

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

Diagn¾sticos Previos:
1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
3. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagn¾sticos Definitivos:
1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
3. S202-CONTUSION DEL TORAX

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO EPP Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 Y POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE LA JEFE DE TURNO MADY DIAZ ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG IM EN GLUTEO DERECHO Y SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167888

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167888 **Fecha** 2023/10/5

Nombre Paciente: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA - 30669207 **Edad:** 41 **Sexo:** F

Quien Realiza: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA **Sala:** 12 SALA DE PROCEDIMIENTOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
3. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S834-HEMARTROSIS DE RODILLA M IZQ POR ESGUINCE

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.16323	ARTROCENTESIS	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQ CON DRENAJE DE 120 ML DE SANGRE . SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO . NO COMPLICACIONES.

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

PACIENTE: 30669207 MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA **EDAD:** 41

DIRECCION: CRA 28 N 54-31 **TELEFONO:** 3103213224

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-59305 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.05 **N° POLIZA:** 8118172800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 5 de octubre de 2023						
12:43:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	MLD	
12:43:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	MLD	
12:43:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	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: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA No. Identif. 30669207 Edad. 41

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.10.05

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:** 24.00	TOMAR 1 CAPSULA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6

Sergio A. Perdomo Vargas
Médico - USCO
C.C. 1.075.287.011

Sergio A. Perdomo Vargas

MEDICO

FARMACIA

PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -195921

FECHA EMISION: 2023.10.05
HORA: 19:17:32
PAGINA No: 1

USUARIO: MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA
DOC.IDENT: CC 30669207 CAMA: -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2023/10/5
ORIGEN:
MEDICO: Dr. SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS

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

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.10.11
HORA: 16:50:26
PAGINA No: 1

Numero: 83517 Fecha Ex. 05/10/23 Hora 16:50
Nombre Paciente: 30669207 MARTINEZ ESPITIA ELY YOHANA
Dirección: CRA 28 N 54-31 Telefono:3103213224 Edad:41 A Sexo:F
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE TORAX Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de 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.

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

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

HALLAZGOS:

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se advierten alteraciones.
A nivel del tejido pulmonar se identifica la presencia de un pequeño nódulo ovalado de 5MM de espesor hiperdenso de alta densidad muy probablemente, que es sugestivo de corresponder a nódulo calcificado para controlar localizado hacia la región para hiliar subpleural izquierda.
El resto del examen del tejido pulmonar no muestra alteraciones.
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 ligeramente elongado.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
No se confirma cardiomegalia.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

FIRMA

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

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

Neiva, 05 octubre 2023

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Ely Yohana Martinez Espitia identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 30669207, 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 05/10/2023 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre: Ely Yohana Martinez
c.c. 30669207

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 30.669.207
MARTINEZ ESPITIA
APELLIDOS
ELY YOHANA
NOMBRES



FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10023962282

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
GRG20F	SUZUKI	VIVA R 115 COOL	2020
CILINDRADA CC	COLOR		SERVICIO
113	NEGRO		PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
E482-225938	N	9FSBE4EN8LC173759	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
*****	N	9FSBE4EN8LC173759	N

PROPIETARIO. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN
CARDOSO MARTINEZ MARIA DANIELA — T.I. 1076501295



FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1982

LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,59 ESTATURA | O- G.S RH | F SEXO

28-ENE-2002 LORICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1901900-01171939-F-0030669207-20201020 0072133569A 1 9913442421



RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE ******

POTENCIA HP 8

DECLARACIÓN DE IMPORTACION
162019000018885

M/E | FECHA IMPORT. 06/12/2019

PUERTAS 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA 14/01/2020

FECHA EXP. LIC. TTO 15/09/2021

FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02006760629

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	1076501295
NOMBRES	MARIA DANIELA
APELLIDOS	CARDOSO MARTINEZ
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	01/03/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/09/2023 15:50:25	**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.

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:	GRG20F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10023962282	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	SUZUKI	LÍNEA:	VIVA R 115 COOL
MODELO:	2020	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E482-225938
NÚMERO DE CHASIS:	9FSBE4EN8LC173759	NÚMERO DE VIN:	9FSBE4EN8LC173759
CILINDRAJE:	113	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	14/01/2020
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
8118172800	15/09/2023	16/09/2023	15/09/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
100900439020100	21/08/2022	22/08/2022	21/08/2023	120	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	NO VIGENTE
14474500049070	17/08/2021	18/08/2021	17/08/2022	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
1308004255598000	13/01/2020	14/01/2020	13/01/2021	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 02:39:28 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC153109

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

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
a51d8a2072e3f844e381e3bdf73f76ac9d07877549eb289c43a25304c57e2424ffb027be76d73d2ec3c604fd36f9a290

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1504412

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-11 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
cbb10863af0cd88998174b8de8396a59ad24a2d350289ee4c9a5613e9ebb29a8e0c98bf56e716d1f39c7af9bfc88ffb9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-12 08:22:20.000 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 02:39:28 PM
Página: 2

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC153109

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

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
a51d8a2072e3f844e381e3bdf73f76ac9d07877549eb289c43a25304c57e2424ffb027be76d73d2ec3c604fd36f9a290

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

CUDE:
c09f918f1853ab56cf9123f599c0623e52acfc10778ba9cf98207dfa4455caec50e550f008498895ec5efea5ff09c885

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-02 02:54:36.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 1

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 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 ,2023.10.07	16:06:37	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52947

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: 166113

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.06 - 09:41
FEC-HOR EGRESO: 2023.09.06 - 18:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN
EDAD : 14 Años
DIRECCION: VEREDA GUACIMOS HOBO
TELEFONO: 3208194480

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								11	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								5	500	2,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
19932754	CLORURO DE SODIO 9%X100ML								2	2,500	5,000
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.06	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.09.06	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.09.06	879301		MJJ				1	648,100	648,100
21715	ABDOMEN TOTAL	2023.09.06	879420		MJJ				1	852,900	852,900
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.09.06	879150		MJJ				1	683,300	683,300
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	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.06	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.06	890402		DAO				1	71,300	71,300
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.06	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.06	S22101		LMM				1	26,400	26,400

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS 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: 127005c8a041675f65857d26055ee91335b303079d3961 7ac1b012c332

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I JJILLO 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

equidad seguros

Recibido!
3 de Noviembre del 2023
20206624

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 ,2023.10.07	16:06:37	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52947

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: 166113
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.06 - 09:41
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.06 - 18:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN
EDAD : 14 Años
DIRECCION: VEREDA GUACIMOS HOBO
TELEFONO: 3208194480
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								11	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								5	500	2,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
19932754	CLORURO DE SODIO 9%X100ML								2	2,500	5,000
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.06	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.06	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.09.06	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.09.06	879301		MJJ				1	648,100	648,100
21715	ABDOMEN TOTAL	2023.09.06	879420		MJJ				1	852,900	852,900
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.09.06	879150		MJJ				1	683,300	683,300
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	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.06	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.09.06	890402		DAO				1	71,300	71,300
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.06	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.06	S22101		LMM				1	26,400	26,400

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

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

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

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

Cufe: 127005c8a041675f65857d26055ee91335b303079d39618f69a8c1b457c81fc507f4957095261e08d7047ac1b012c332

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 ,2023.10.07	16:06:37	2023.11.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 52947

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

VALOR BRUTO:	4,277,214	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,277,214

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.10.07 04:09:26 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

30

Cufe: 127005c8a041675f65857d26055ee91335b303079d39618f69a8c1b457c81fc507f4957095261e08d7047ac1b012c332

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

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- 52947

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
NIETO	OLAYA

1er.Nombre	2do.Nombre
LEYNER	STEBAN

Tipo de Documento: CC CE PA TI[X] RC AS MS PT No. Documento: 1117517109

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 2009/03/16 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: VEREDA GUACIMOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3208194480

Municipio: HOBO Cod. 349

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

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

Direcci¾n de la Ocurrencia: VIA YAGUARA HOBO

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/6 Hora: 06:00

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KXM47F, 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: KXM47F

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 8096775700 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/21 Hasta: 2023/12/20

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
RIAÑOS	SALAZAR

1er.Nombre	2do.Nombre
GEIDER	SEBASTIAN

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC No. Documento 1003801166

Direccion: CLL 4 N 04 72

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3123002747 Total Folios: 0

33

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
GUEVARA	MEDINA

1er.Nombre	2do.Nombre
YESID	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1079409953

Direcci¾n: CLL 4 N 04 72

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3123002747

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/6 a las 06:43

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: 2023/09/6 a las 06:58

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

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

Profesional que recibe: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

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

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

Fecha de ingreso: 2023/09/6 **a las** 09:41

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

Fecha de Egreso: 2023/09/6 **a las** 18:44

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Egreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

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	4277214	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

32

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.06 — HORA DE INGRESO: 09:41
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.09.06 — HORA DE EGRESO: 18:44
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S070 - TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
RELACIONADO2: S202 - CONTUSION DEL TORAX

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.06-10:03:44 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KXM47F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 09+40
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE HOBO- HUILA , DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, CON AMENSIA DEL EVENTO Y CEFALEA LA CUAL CALIFICA EN 9//10 E ESCALA VISUAL DEL DOLOR , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 116/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 TALLA: 173 PESO: 67 IMC: 22 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 ABRASIONES EN HEMICARA DERECHA CON HERDIA SUPRACILIAR DERECHA SUTURADA DE APROX 4 CM CON TATUAJE ABRASIVO PERILESIONAR, DOLOR A LA PLAPCION DE MAXILAR SUPERIOR Y LIMITACION A LA APERTURA ORAL,
<<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 REGION DE HEMITORAX DERECHO CON TATUJE ABRASIVO

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR A LA PALPACION EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA CON ABRASION PERILSEIONAR , 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
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS EN ANTEBRAZO IZQ, RODILLA IZQ, PIERNA IZQ, PIE IZQUIERDO, CON HERIDA EN RODILLA IZQ DE APROX 12 CM AVULSIVA CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PERDIDA CUTANEA
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

SE SOLICITA PT, PTT, HEMOGRAMA, CREATININA Y BUN

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

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA, CIRUGIA GENERAL Y CIRUGIA PLASTICA.
- 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

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HROAS., 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: 23.09.06-10:49:34 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:06 / 10:12 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:06 HRS// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ROSILLA IZQUIERDA Y ANTEBRAZO IAZUIQERDO SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

FECHA: 23.09.06-11:37:40 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA IZQ HERIDA DE APROX 12 CM AVULSIVA CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PERDIDA CUTANEA NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDA COMPLEJA DE RODILLA IZQ
PLAN: SE PROGRAMA PARA CIRUGIA

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.06-12:14:21 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 ABDOMEN SIMPLE : NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

TAC DE CARA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

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

TAC MAXILAR INFERIOR 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 OFICIAL.

*** FECHA: 23.09.06-12:29:13 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: 123/70 MMHG, FC: 84 X MIN, FR: 20 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHO SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR EN FLANCO DERCHO Y FOSA ILIACA DERECHA 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 : NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

DX:

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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: 23.09.06-12:32:34 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:16040 NEU: 80.2 % HGB: 15.4 HCT: 45.1 PLQ: 264000 (NORMAL)
PT: 14.0 PTT: 37.6 INR: 0.94 (NORMAL)
CREATININA: 0.5 BUN:8.0 (FUNCION RENAL NORMAL)

PARACLINICOS DE BAJO RIESGO PARA ENFERMEDAD GRAVE.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.09.06-18:44:10 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.
SIGNOS VITALES: TA: 110/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 95%
PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR TRAUMATOLOGIA MAS CIRUGIA PLASTICA, YA DESCARTADO LESION POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

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

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

EPICRISIS No. 59535

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

PACIENTE: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN

DOC.IDENT:	TI 1117517109	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA GUACIMOS		
FCHA.NACTO:	2009.03.16	EDAD:	14 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3208194480
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PLAN:
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO POR ORTOPEDIA MAS CIRUGIA PLASTICA.

*** FECHA: 23.09.06-18:44:23 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.06-18:44:17 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 2: S810 - HERIDA 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 166113

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166113 **Fecha** 2023/09/6

Nombre Paciente: NIETO OLAYA LEYNER STEBAN - 1117517109 **Edad:** 14 **Sexo:** M

Quien Realiza: LMM- LUISA MARIA MONJE ROJAS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
4. S202-CONTUSION DEL TORAX
5. S301-CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
6. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
5. S301-CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
6. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 10:06 HRS// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ROSILLA IZQUIERDA Y ANTEBRAZO IAZUIQERDO SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

Luisa Monje R.P.
QUIEN REALIZA

Leyda olaya
FIRMA DE PACIENTE
madre

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,18-Sep-2023 08:50:3

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:** 2023.09.0 09:41
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 14 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1117517109	NIETO OLAYA LEYNER STEBAN	1 NIVEL I	HOBO	VEREDA GUACIMOS	3208194480

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.06	ZMD	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 9%X100ML	LMM	2.00
2023.09.06	ZMQ	I ESPUMA	ISODINE ESPUMA CC	LMM	10.00
2023.09.06	ZMQ	I SOLUCION	ISODINE SOLUCION CC	LMM	10.00
2023.09.06	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	LMM	2.00
2023.09.06	ZMQ	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LMM	5.00

PACIENTE: 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN **EDAD:** 14

DIRECCION: VEREDA GUACIMOS **TELEFONO:** 3208194480

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58671 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.06 **Nº POLIZA:** 8096775700

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					
10:04:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:04:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:04:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:04:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:04:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	DIS1	
10:04:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:04:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	DIS1	
10:04:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	6.00		DIA	DIS1	
10:04:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	3.00		DIA	DIS1	
10:04:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DIS1	
10:04:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
18:04:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
18:04:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
18:04:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
18:04:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
18:04:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	LMS	
18:04:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	LMS	
18:04:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	LMS	
18:04:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 36.00

21

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

CERTIFICACION

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

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los seis (06) días del mes de octubre de 2023.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

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

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	4913370	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	1141360747	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

12 $

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	7623217	56 Años	PRIETO MATA AMABLE ENRIQUE	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100014	1079606091	32 Años	TRUJILLO PERDOMO LEIDY YOHANA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100015	11768298	49 Años	COLINA ALVARADO YLIANY ALICIA	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
			SUBTOTAL	12,273,800
			MENOS EL 10%	1,227,380
			TOTAL	11,046,420

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-09-06 11:04
2023-09-06 12:20

Paciente

NIETO OLAYA LEYNER STEBAN
1117517109
Masculino
14 Años

Orden No. 202309060023

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado		Unidades	Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	16.04		x 10^3/ul		06/09/2023 11:29
Recuento de Globulos Rojos	5.44		x 10^6/ul	3.50 - 5.50	06/09/2023 11:29
Hemoglobina	15.4	*	g/dl	11.0 - 15.0	06/09/2023 11:29
Hematocrito	45.1		%	36.0 - 48.0	06/09/2023 11:29
Volumen Corpuscular Medio	82.8		fL	80.0 - 99.0	06/09/2023 11:29
Hemoglobina Corpuscular Media	28.3		pg	26.0 - 32.0	06/09/2023 11:29
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.2		g/dl	32.0 - 36.0	06/09/2023 11:29
Recuento de Plaquetas	264		x 10^3/ul	150 - 450	06/09/2023 11:29
Neutrofilos %	80.2	*	%	50.0 - 70.0	06/09/2023 11:29
Linfocitos %	13.2	*	%	20.0 - 40.0	06/09/2023 11:29
Monocitos %	6.5		%	1.0 - 8.0	06/09/2023 11:29
Eosinofilos %	0.10	*	%	3.00 - 7.00	06/09/2023 11:29
Basofilos %	0.00		%	0.00 - 1.00	06/09/2023 11:29
Neutrofilos #	12.86	*	x 10^3/ul	2.00 - 7.80	06/09/2023 11:29
Linfositos #	2.12		x 10^3/ul	0.60 - 4.10	06/09/2023 11:29
Monocitos #	1.04		x 10^3/ul	0.10 - 1.80	06/09/2023 11:29
Eosinofilos #	0.01	*	x 10^3/ul	0.30 - 0.70	06/09/2023 11:29
Basofilos #	0.01		x 10^3/ul	0.00 - 0.10	06/09/2023 11:29
Volumen Plaquetario Medio	8.4		fL	7.4 - 10.4	06/09/2023 11:29
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	44.1		fL	39.0 - 46.0	06/09/2023 11:29
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	14.1		%	11.5 - 14.5	06/09/2023 11:29
PDW	15.3				06/09/2023 11:29
PCT	0.220		%		06/09/2023 11:29
BIOQUIMICA					
NITROGENO UREICO	8.00	*	mg/dl	9.00 - 20.00	06/09/2023 11:40
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.5	*	mg/dl	0.7 - 1.3	06/09/2023 11:40

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

NIETO OLAYA LEYNER STEBAN
1117517109
Masculino
14 Años

Orden No. 202309060023

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	14.00	seg	11.30 - 18.30	06/09/2023 11:39
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	37.60	seg	22.00 - 38.00	06/09/2023 11:39
INR	0.94			06/09/2023 11:39

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.09.21
HORA: 17:13:46
PAGINA No: 1

Numero: 82497 Fecha Ex. 06/09/23 Hora 09:02
Nombre Paciente: 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN
Dirección: VEREDA GUACIMOS Telefono:3208194480 Edad:14 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
Sin focos de fracturas.

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 CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región frontal y peri orbitaria derecha.
No hay focos de fracturas de la calota craneana.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
La cisterna de la base el sistema ventricular cortical presenta morfología disposición y volúmenes usuales.
Hay imagen de moderado aumento de volumen del sistema ventricular supratentorial.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
Hay presencia de artefactos hiperdensos múltiples hacia la línea media y posterior del endocraneo.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.
Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas esta conservado.
El puente nasal y el septum óseo no muestran alteraciones.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.
No hay alteraciones de las apófisis pterigoideas.
Importante engrosamiento mucoperiostico y ocupación extensa de los senos maxilares en forma bilateral y de predominio izquierdo.
También se advierte opacidades parciales etmoidales bilaterales hacia el aspecto posterior del seno esfenoidal derecho.
No se anota 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.

12

HALLAZGOS:

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 23.09.21
HORA: 17:13:46
PAGINA No: 2

Numero: 82497 Fecha Ex. 06/09/23 Hora 17:05
Nombre Paciente: 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN
Dirección: VEREDA GUACIMOS Telefono:3208194480 Edad:14 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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:
ESCANOGRAFIA DEL MAXILAR INFERIOR:
Dentro de límites normales.

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

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

HALLAZGOS:

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.

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.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	23.09.21
HORA:	17:13:46
PAGINA No:	3

Numero: 82497 Fecha Ex. 06/09/23 Hora 17:05
Nombre Paciente: 1117517109 NIETO OLAYA LEYNER STEBAN
Dirección: VEREDA GUACIMOS Telefono:3208194480 Edad:14 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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

10

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

Neiva, 06 SEP. 2023

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo ALEYDA OLAYA CORDOBA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario CEYNER STEBAN NIETO OLAYA, con identificación No. 1117517109, 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 06/09/2023 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Aleyda Olaya

Firma
Nombre: Aleyda Olaya
c.c. 40764873

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

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202309060001 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 06 MES 09 AÑO 2023 Autorización: XXX
No. de Historia Clínica TI1117517109
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
LEYNER STEBAN	NIETO	OLAYA	M F

Documento Identidad C.C. T.I. R.C. No. 1117517109
Dirección VEREDA LOS GUASIMOS Teléfono 3208194480 Edad 14 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural
Lugar y Fecha de Nacimiento - 16/03/2009
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 06 M 09 A 2023	Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Fecha de Egreso	Consulta Externa		
D 06 M 09 A 2023	Hospitalización		
	Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	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 14 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-20 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE PASAJERO POR CARRETERA LOCAL VIA YAGUARA-HOBO CUANDO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO QUE HAY EN LA VIA PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA CON HEMATOMA EN REGION FRONTAL Y HERIDA EN CEJA DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA ADEMAS A NIVEL DE RODILL A IZQUIERDA PRESENTA DOLOR A LOS MOVIMIENTOS, PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD EN ROTULA MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFAL MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADES EUTROFICAS CON CONTUSION EN RODILLA Y HERIDA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

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 06:43 Hora 06 Minutos 43

Nombre de la persona que solicita la Remisión

MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 06:43 Hora 06 Minutos 43

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE LA RODILLA	S800
HERIDA DE LA RODILLA	S810

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD EL CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS ACTUALMENTE INGRESA A LA INSTITUCION POSTERIOR A PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/-20 MIN DE EVOLUCION DADO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN MOTOCLETA EN CALIDAD DE PASAJERO POR CARRETERA LOCAL VIA YAGUARA-HOBO CUANDO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN HUECO QUE HAY EN LA VIA PERDIENDO EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE PRESENTANDO POLITRAUMATISMO CON TRAUMATISMO CONTUNDENTE A NIVEL DE CABEZA CON HEMATOMA EN REGION FRONTAL Y HERIDA EN CEJA DERECHA PRESENTA DOLOR + EDEMA ADEMAS A NIVEL DE RODILLA IZQUIERDA PRESENTA DOLOR A LOS MOVIMIENTOS, PRESENTA DOLOR + EDEMA + DEFORMIDAD EN ROTULA MOTIVO POR LO QUE ACUDE POR URGENCIAS PARA VALORACION. NORMOCEFAL MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA GU NORMOCONFIGURADO EXTREMIDADES EUTROFICAS CON CONTUSION EN RODILLA Y HERIDA SNC SIN DEFICIT APARENTE PIEL NORMAL.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
100/80	85	36.50	20	170.0	60.00	

Hallazgos del Examen Físico

NORMAL BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza:**Anormal CONTUSION EN CABEZA CON HEMATOMA - **Cuello:**Normal NORMAL - **Torax:**Normal NORMAL - **Abdomen:**Normal NORMAL - **G/U:**Normal NORMAL - **Extremidades:**Anormal TRAUMATISMO EN PIERNA IZQUIEREDA Y DERECHA CON LEVE HEMATOMA EN LA PIERNA IZQUIERDA CON LIMITACION - **Neurológico:**Normal NORMAL - **Nariz:**Normal NORMAL - **Oidos:**Normal NORMAL - **Boca:**Normal NORMAL - **Ojos:**Normal NORMAL - **Piel:**Normal NORMAL - **Ano:**Normal NORMAL - **Osteomuscular:**Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (934) SEDA 3 C/A SC 24 REF: 184 45 CM *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015693) JERINGA 1 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (00021136106) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000215R13) CATETER YELCOS 22 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02BD0267011) DIPIRONA SOL INY 2 5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM00031553) VENDA ELASTICA 6X5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V004154) VENDA ALGODON N. 6*5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0001096) TAPON HEPARENIZADO *Dosis:* 1;

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE

OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
CONTUSION DE LA RODILLA	S800
HERIDA DE LA RODILLA	S810

Observaciones o Sugerencias

REMISION POR ORTOPEDIA

Impreso por:

ANA YAMITH MONTEALEGRE
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.117.517.109

NIETO OLAYA
APELLIDOS

LEYNER STEBAN
NOMBRES

Leyner
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2009
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-MAR-2027 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

17-MAR-2016 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904300-00841235-M-1117517109-20160728 0050522215A 1 44915999

6

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10023093913

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KXM47F	AKT	AK125CR4 EIII	2021

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	GRIS MATE VERDE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD [KG/PSJ]
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR
157FMITQ064413

REG N — VIN 9F2D21255M5004308

NÚMERO DE SERIE
*****

REG N — NÚMERO DE CHASIS 9F2D21255M5004308 — REG N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
RIAÑOS SALAZAR GEIDER SEBASTIAN

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1003801166

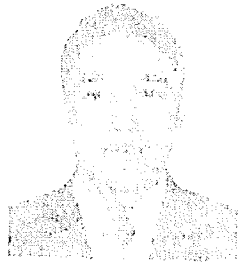
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.409.953
CUERVARIA MEDINA

APELLIDOS
YESID

NOMBRES

FIRMA



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
302020000115465

NE
I

FECHA IMPORT.
11/09/2020

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

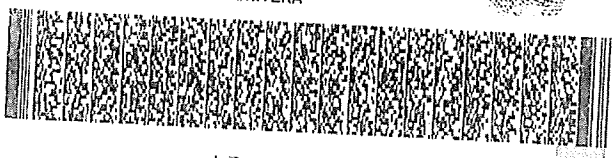


FECHA MATRÍCULA
22/09/2020

FECHA EXP. LIC. TTO
08/06/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT020065418062



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1988
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

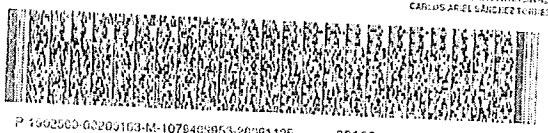
1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-AGO-2009 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1502003-G3200103-M-1079469953-20091125 0018326792A 2 30347752

B

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022-12-20	2022-12-21	2023-12-20

	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA	MODELO
1096775700	KXM47F	MOTOS	PARTICULAR	124	2021

PASAJER	MARCA	LÍNEA VEHICUL	CARROCERÍA
2	AKT	AK125CR4 EIII	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
157FMITQ064413	9F2D21255M5004308	9F2D21255M5004308	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
BUEVARA MEDINA, YESID	3123002747	CC	1079469953	HOBO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONYGA	TASA RUNT
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278100

ANAPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800*	SALARIO
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	S
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	MÍNIMOS
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	LEGALES DIARIOS

FIRMA AUTORIZADA

*Hasta 5 SMLDV, para las siguientes tarifas: 100, 113, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Resolución 1917 - 2022.

Sobre el accidente 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 gastos 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 especialidad 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, denuncia 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 los 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

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:	**KXM47F**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10023093913**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125CR4 EIII**
MODELO:	**2021**	COLOR:	**GRIS MATE VERDE**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMITQ064413**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D21255M5004308**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D21255M5004308**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**22/09/2020**
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
8096775700	20/12/2022	21/12/2022	20/12/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
79279109	18/09/2020	19/09/2020	18/09/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 02:39:58 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC152947

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
127005c8a041675f65857d26055ee91335b303079d39618f69a8c1b457c81fc507f4957095261e08d7047ac1b012c332

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4277214

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-11-06 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
5fc018ec2966793c719563f3146bb28fff579228f92eaa8bf6c3f2694ac837c5057053f27dd9459fc9b89b3516ddde92

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-07 04:09:26.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

DIAN

Impreso el 23 de 01 de 2025 a las 02:39:58 PM
Página: 2

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC152947

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-10-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
127005c8a041675f65857d26055ee91335b303079d39618f69a8c1b457c81fc507f4957095261e08d7047ac1b012c332

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

CUDE:
3bccd08b64708acf16bcd22c4ada600bfd41604db4aafff8b9a97fb5d5ad49735a010cf1abb455fead341675417caa7f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-07 09:13:42.000 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: 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	FECHA SINIESTRO	VALOR DE LA FACTURA	VR. GLOSA

1	29518	11/02/2022	$877,319	$247,800
2	35717	8/06/2022	$948,819	$40,000
3	52903	14/08/2023	$1,471,108	$648,100
4	52904	14/08/2023	$3,931,551	$2,741,400
5	52948	6/09/2023	$6,464,900	$165,300
6	52961	6/09/2023	$3,543,669	$1,494,919
7	52962	6/09/2023	$4,457,700	$1,054,200
8	53068	16/09/2023	$5,254,984	$2,541,458
9	53069	16/09/2023	$4,763,700	$2,494,900
10	53110	30/09/2023	$769,108	$26,600
11	53109	5/10/2023	$1,504,412	$648,100
12	52947	6/09/2023	$4,277,214	$2,867,600

TOTAL $ 14,970,377

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. $ 247,800 saldo insoluto de la **factura No. 29518,** presentada para su pago el **27/05/2022,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/06/2022) y hasta que se verifique su pago.

2. $ 40,000 saldo insoluto de la **factura No. 35717,** presentada para su pago el **12/10/2022,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13/11/2022) y hasta que se verifique su pago.

3. $ 648,100 saldo insoluto de la **factura No. 52903,** presentada para su pago el **03/11/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (04/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

4. $ 2,741,400 saldo insoluto de la **factura No. 52904,** presentada para su pago el **03/11/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (04/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

5. $ 165,300 saldo insoluto de la **factura No. 52948,** presentada para su pago el **03/11/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (04/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

6. $ 1,494,919 saldo insoluto de la **factura No. 52961,** presentada para su pago el **03/11/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (04/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

7. $ 1,054,200 saldo insoluto de la **factura No. 52962,** presentada para su pago el **03/11/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (04/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

8. $ 2,541,458 saldo insoluto de la **factura No. 53068,** presentada para su pago el **03/11/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (04/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

9. $ 2,494,900 saldo insoluto de la **factura No. 53069,** presentada para su pago el **03/11/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (04/12/2023) y hasta que se verifique su pago.

10. $ 26,600 saldo insoluto de la **factura No. 53110,** 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.

11. $ 648,100 saldo insoluto de la **factura No. 53109,** 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. $ 2,867,600 saldo insoluto de la **factura No. 52947,** presentada para su pago el **03/11/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (04/12/2023) 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 **12** facturas de venta y sus anexos, allegadas para su ejecución.

10. Se me ha conferido poder para incoar esta acción.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho los artículos 25 y ss. Del Código Sustantivo del Trabajo y de la Seguridad Social, 422 y ss., artículo 882 del C. Co, Ley 100 de 1993, Decreto 2423 de 1996 (Manual Tarifario), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 del 2016 y demás normas concordantes.

En cuanto a la prestación de servicios de urgencias y su forma de pago el artículo 168 de la ley 100 de 1993, establece:

> "***Artículo 168 de la ley 100 de 1993,*** *ATENCION INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independiente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.*
> *PARAGRAFO: los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*".

Así mismo el Decreto 056 de 2015, establece:

Artículo 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 $19.768.470** correspondientes a **$14,970,377 de capital y $4.798.093 por intereses moratorios**, no superan los 20 S.M.L.M.V., es el Juez Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Neiva el indicado para conocer del proceso.

En concordancia con el art 121 de Ley 1438 de 2011, corresponde señalar que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), es un servicio público y hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Empero, la calidad de entidad prestadora de servicio de salud, no se hace extensiva a las compañías aseguradoras que comercializan el SOAT por el solo hecho de ofrecerlo al público. **LA EQUIDAD**

SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., entidad que emitió las pólizas a las víctimas de accidentes de tránsito, solo sería actor del sistema de seguridad social al realizar actividades de salud verbigracias como EPS, Empresas que ofrece Planes Voluntarios de Salud o IPS. En resumen, que nos compete, lo establecido en dicho artículo, son sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud las aseguradoras, pero **solo en lo relativo a las actividades de salud que realicen**.

> ***ARTÍCULO 121. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.*** *Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:*
>
> *121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.*

Al estar aquí la demandada como aseguradora y **no como entidad prestadora de servicio de salud**, sino como un ente que expide pólizas de seguro, que por mandamiento legal la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIAS** prestó un servicio a las víctimas amparadas por dichas pólizas, se generó unas facturas de atención, siendo claro que la parte demandada no es sujeto de la seguridad social para este caso.

Así lo ha dejado claro la Supersalud en concepto No. 2-2017-028967 con referencia 1-2017-032388, por el cual responde a una CONSULTA-RELACIONADA CON APLICACIÓN DE LAS LEYES, DECRETOS, RESOLUCIONES DEL SGSSS A LAS ASEGURADORAS SOAT:

> *"Sobre este interrogante, corresponde señalar que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es un servicio público y* ***hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), empero, esta calidad no se hace extensiva a las compañías aseguradoras que lo comercializan por el solo hecho de ofrecerlo al público****; a menos que se constituyan como actores del SGSSS y realicen actividades en salud, verbigracia, como EPS, IPS, Empresa que ofrece Planes Voluntarios de Salud, etc.*
>
> *Lo anterior guarda concordancia con lo establecido en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, el cual señala que* ***son sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud las aseguradoras, pero solo en lo relativo a las actividades de salud que realicen****."* (Negrilla fuera de texto)

Concluyendo igualmente:

> *"De esto se colige que,* ***al no encontrarse catalogadas como ERP, las Aseguradoras del SOAT no le son aplicables las normas relatadas por el peticionario****, con* ***excepción de aquellas disposiciones consagradas en la Ley 100 de 1993 y el Decreto 780 de 2016 sobre funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito****."* (Negrilla fuera de texto)

Ahora bien, el **Decreto 4747 de 2007**, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones", en su artículo 3 Literal b), establece cuales son las Entidades responsables del pago de servicios de salud, no incluyendo a las aseguradoras. Por lo tanto, es otro argumento para establecer que las aseguradoras no hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

> ***Artículo 3. Definiciones.*** *Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones.*
>
> ***b.*** *Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.*

Por todo lo anterior se considera que corresponde a este despacho el conocimiento de esta Litis.

PRUEBAS Y ANEXOS

Pruebas Documentales:

Facturas enunciadas en la pretensión PRIMERA del escrito de la demanda, con los siguientes anexos: formulario FURIPS, epicrisis o resumen historia clínica, fotocopia de la póliza, fotocopia de documento de identidad, fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo, fotocopia SOAT o resultado búsqueda RUNT.

Anexos:

- Poder que me legitima para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal de la demandada y la demandante.
- Certificado de existencia y representación legal de la empresa Sanchez Toscano & CIA
- Liquidación del crédito a 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

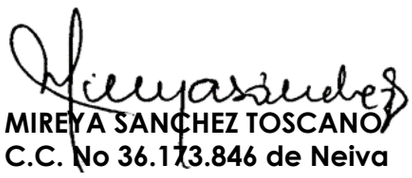
- **Mi mandante** recibirá notificaciones en la Calle 18 No. 6-65 de la ciudad de Neiva. Teléfono 8756349, Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: contabilidad@fracturasyortopedia.com conforme certificado de existencia y representación legal de la clínica, el 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. 29518, 35717, 52903, 52904, 52948, 52961, 52962, 53068, 53069, 53110, 53109, 52947,** 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.

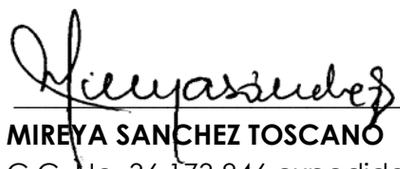
Mi apoderada goza de todas las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso, en especial las de conciliar, desistir, sustituir, reasumir, interponer recurso y en general las necesarias para obtener el fiel y cabal cumplimiento del poder conferido.

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 29518-52947

Desde contabilidad@fracturasyortopedia.com <contabilidad@fracturasyortopedia.com>
Fecha Mié 29/01/2025 3:03 PM
Para 'Mireya Sanchez Toscano' <mireyasanchezt@hotmail.com>

1 archivo adjunto (160 KB)
PODER LABORAL FRA. 29518-52947.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. 29518-52947, 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.



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

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.

---

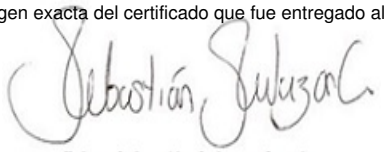
expedición.

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 *****

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.

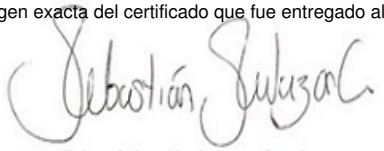
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

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 *****

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 29518-52947
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
2022-06-28	2022-06-28	1	30,60	247.800,00	247.800,00	181,31	247.981,31	0,00	181,31	247.981,31	0,00	0,00	0,00
2022-06-29	2022-06-30	2	30,60	0,00	247.800,00	362,63	248.162,63	0,00	543,94	248.343,94	0,00	0,00	0,00
2022-07-01	2022-07-31	31	31,92	0,00	247.800,00	5.832,50	253.632,50	0,00	6.376,44	254.176,44	0,00	0,00	0,00
2022-08-01	2022-08-31	31	33,32	0,00	247.800,00	6.054,06	253.854,06	0,00	12.430,49	260.230,49	0,00	0,00	0,00
2022-09-01	2022-09-30	30	35,25	0,00	247.800,00	6.152,49	253.952,49	0,00	18.582,99	266.382,99	0,00	0,00	0,00
2022-10-01	2022-10-31	31	36,92	0,00	247.800,00	6.615,30	254.415,30	0,00	25.198,29	272.998,29	0,00	0,00	0,00
2022-11-01	2022-11-12	12	38,67	0,00	247.800,00	2.664,62	250.464,62	0,00	27.862,90	275.662,90	0,00	0,00	0,00
2022-11-13	2022-11-13	1	38,67	40.000,00	287.800,00	257,90	288.057,90	0,00	28.120,80	315.920,80	0,00	0,00	0,00
2022-11-14	2022-11-30	17	38,67	0,00	287.800,00	4.384,22	292.184,22	0,00	32.505,01	320.305,01	0,00	0,00	0,00
2022-12-01	2022-12-31	31	41,46	0,00	287.800,00	8.482,11	296.282,11	0,00	40.987,12	328.787,12	0,00	0,00	0,00
2023-01-01	2023-01-31	31	43,26	0,00	287.800,00	8.791,47	296.591,47	0,00	49.778,59	337.578,59	0,00	0,00	0,00
2023-02-01	2023-02-28	28	45,27	0,00	287.800,00	8.248,60	296.048,60	0,00	58.027,19	345.827,19	0,00	0,00	0,00
2023-03-01	2023-03-31	31	46,26	0,00	287.800,00	9.298,56	297.098,56	0,00	67.325,75	355.125,75	0,00	0,00	0,00
2023-04-01	2023-04-30	30	47,09	0,00	287.800,00	9.131,80	296.931,80	0,00	76.457,56	364.257,56	0,00	0,00	0,00
2023-05-01	2023-05-31	31	45,41	0,00	287.800,00	9.155,11	296.955,11	0,00	85.612,66	373.412,66	0,00	0,00	0,00
2023-06-01	2023-06-30	30	44,64	0,00	287.800,00	8.734,87	296.534,87	0,00	94.347,54	382.147,54	0,00	0,00	0,00
2023-07-01	2023-07-31	31	44,04	0,00	287.800,00	8.924,33	296.724,33	0,00	103.271,86	391.071,86	0,00	0,00	0,00
2023-08-01	2023-08-31	31	43,13	0,00	287.800,00	8.768,40	296.568,40	0,00	112.040,26	399.840,26	0,00	0,00	0,00
2023-09-01	2023-09-30	30	42,05	0,00	287.800,00	8.306,20	296.106,20	0,00	120.346,47	408.146,47	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 29518-52947
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
2023-10-01	2023-10-31	31	39,80	0,00	287.800,00	8.192,43	295.992,43	0,00	128.538,90	416.338,90	0,00	0,00	0,00
2023-11-01	2023-11-30	30	38,28	0,00	287.800,00	7.670,17	295.470,17	0,00	136.209,07	424.009,07	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	0	37,56	26.600,00	314.400,00	0,00	314.400,00	0,00	136.209,07	450.609,07	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-01	1	37,56	648.100,00	962.500,00	841,28	963.341,28	0,00	137.050,34	1.099.550,34	0,00	0,00	0,00
2023-12-02	2023-12-03	2	37,56	0,00	962.500,00	1.682,55	964.182,55	0,00	138.732,89	1.101.232,89	0,00	0,00	0,00
2023-12-04	2023-12-04	0	37,56	2.541.458,00	3.503.958,00	0,00	3.503.958,00	0,00	138.732,89	3.642.690,89	0,00	0,00	0,00
2023-12-04	2023-12-04	1	37,56	2.494.900,00	5.998.858,00	5.243,32	6.004.101,32	0,00	143.976,21	6.142.834,21	0,00	0,00	0,00
2023-12-04	2023-12-04	0	37,56	2.867.600,00	8.866.458,00	0,00	8.866.458,00	0,00	143.976,21	9.010.434,21	0,00	0,00	0,00
2023-12-04	2023-12-04	0	37,56	648.100,00	9.514.558,00	0,00	9.514.558,00	0,00	143.976,21	9.658.534,21	0,00	0,00	0,00
2023-12-04	2023-12-04	0	37,56	2.741.400,00	12.255.958,00	0,00	12.255.958,00	0,00	143.976,21	12.399.934,21	0,00	0,00	0,00
2023-12-04	2023-12-04	0	37,56	165.300,00	12.421.258,00	0,00	12.421.258,00	0,00	143.976,21	12.565.234,21	0,00	0,00	0,00
2023-12-04	2023-12-04	0	37,56	1.494.919,00	13.916.177,00	0,00	13.916.177,00	0,00	143.976,21	14.060.153,21	0,00	0,00	0,00
2023-12-04	2023-12-04	0	37,56	1.054.200,00	14.970.377,00	0,00	14.970.377,00	0,00	143.976,21	15.114.353,21	0,00	0,00	0,00
2023-12-05	2023-12-31	27	37,56	0,00	14.970.377,00	353.292,38	15.323.669,38	0,00	497.268,59	15.467.645,59	0,00	0,00	0,00
2024-01-01	2024-01-31	31	34,98	0,00	14.970.377,00	381.538,36	15.351.915,36	0,00	878.806,95	15.849.183,95	0,00	0,00	0,00
2024-02-01	2024-02-29	29	34,97	0,00	14.970.377,00	356.790,69	15.327.167,69	0,00	1.235.597,64	16.205.974,64	0,00	0,00	0,00
2024-03-01	2024-03-31	31	33,30	0,00	14.970.377,00	365.601,32	15.335.978,32	0,00	1.601.198,96	16.571.575,96	0,00	0,00	0,00
2024-04-01	2024-04-30	30	33,09	0,00	14.970.377,00	351.866,25	15.322.243,25	0,00	1.953.065,21	16.923.442,21	0,00	0,00	0,00
2024-05-01	2024-05-31	31	31,53	0,00	14.970.377,00	348.592,35	15.318.969,35	0,00	2.301.657,56	17.272.034,56	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 29518-52947
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
2024-06-01	2024-06-30	30	30,84	0,00	14.970.377,00	330.870,79	15.301.247,79	0,00	2.632.528,35	17.602.905,35	0,00	0,00	0,00
2024-07-01	2024-07-31	31	29,49	0,00	14.970.377,00	328.703,32	15.299.080,32	0,00	2.961.231,67	17.931.608,67	0,00	0,00	0,00
2024-08-01	2024-08-31	31	29,21	0,00	14.970.377,00	325.899,86	15.296.276,86	0,00	3.287.131,52	18.257.508,52	0,00	0,00	0,00
2024-09-01	2024-09-30	30	28,85	0,00	14.970.377,00	311.951,43	15.282.328,43	0,00	3.599.082,95	18.569.459,95	0,00	0,00	0,00
2024-10-01	2024-10-31	31	28,17	0,00	14.970.377,00	315.666,73	15.286.043,73	0,00	3.914.749,69	18.885.126,69	0,00	0,00	0,00
2024-11-01	2024-11-30	30	27,90	0,00	14.970.377,00	302.887,43	15.273.264,43	0,00	4.217.637,11	19.188.014,11	0,00	0,00	0,00
2024-12-01	2024-12-31	31	26,39	0,00	14.970.377,00	297.823,15	15.268.200,15	0,00	4.515.460,26	19.485.837,26	0,00	0,00	0,00
2025-01-01	2025-01-31	31	24,89	0,00	14.970.377,00	282.633,11	15.253.010,11	0,00	4.798.093,37	19.768.470,37	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 29518-52947
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	((1+TasaEfectiva)^(Períodos/DíasPeríodo))-1

RESUMEN LIQUIDACION

VALOR CAPITAL	$14.970.377,00
SALDO INTERESES	$4.798.093,37

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	**$19.768.470,37**

INFORMACION ADICIONAL

TOTAL ABONOS	$0,00
SALDO A FAVOR	$0,00

OBSERVACIONES