Señor
JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE NEIVA (REPARTO)
E. S. D.

SANCHEZ TOSCANO & CIA SAS con Nit: 901025052-1, representada legalmente por la Doctora **MIREYA SANCHEZ TOSCANO,** mayor de edad y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.173.846 expedida en Neiva (H), abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 116.256 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderada de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**., muy respetuosamente me permito formular ante su despacho **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE UNICA INSTANCIA,** para que se sirva el Señor Juez mediante providencia declarar la responsabilidad del pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparadas por el SOAT expedido por **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**

NOMBRE DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- Concurre como demandante la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.,** con NIT. 800.110.181-9, representada legalmente por la Dra. **MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS**, identificada con la cédula de ciudadanía No.55.151.445 expedida en Neiva - Huila.

- Intervendrá como demandada la empresa **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, con **NIT 860.028.415-5** representada legalmente por **NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA,** identificado con la cedula de ciudadanía No.94.311.640 o quien haga sus veces en el momento de la notificación de la demanda.

DOMICILIO DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- La demandante sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.**, tiene su domicilio en la Calle 18 No. 6 - 65 de la ciudad de Neiva.

- La demandada **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, tiene su Domicilio en BOGOTÁ, en la Cr 9A N° 99-07 To 3 P14.

NOMBRE, DOMICILIO Y DIRECCION DE LA APODERADA JUDICIAL DE LA DEMANDANTE

- Actúa como apoderada judicial de la demandante la suscrita abogada **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 116.256 del C. S. de la J., domiciliada en la carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva (H).

PRETENSIONES

PRIMERA: Se declare que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.** con **NIT 860.028.415-5**, es deudora de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con **NIT. 800.110.181-9** por las cuantías contenidas en las facturas que relaciono a continuación y sus respetivos valores, en ocasión del servicio de salud médico-hospitalario prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas con la póliza SOAT expedida por la anteriormente mencionada aseguradora.

ITEM	FACTURA	POLIZA	VALOR DE LA FACTURA	VR. GLOSA

1	62649	8,118,641,300	$1,117,090	$36,300
2	62650	8,118,641,300	$10,596,386	$1,121,030
3	62865	8,118,752,100	$2,911,130	$136,100
4	62845	8,119,915,200	$11,821,974	$1,679,200
5	62891	8,121,787,300	$4,203,484	$951,992
6	62964	8,120,924,900	$1,608,992	$15,192
7	63037	8,113,687,900	$509,400	$90,400
8	62528	8,122,629,100	$1,299,030	$181,300
9	62529	8,122,629,100	$11,636,957	$3,192,088
10	63142	8,123,078,100	$622,624	$98,116
11	63253	8,122,233,900	$507,479	$5,092
12	63264	8,117,167,000	$1,877,451	$120,092
13	63265	8,117,167,000	$9,594,600	$1,413,892
14	63376	8,120,822,900	$1,666,859	$249,506
15	63377	8,120,822,900	$1,162,000	$122,400
16	63528	890,110,037,980,100	$6,273,790	$2,552,092
17	63529	890,110,037,980,100	$3,688,830	$678,400
18	63553	8,121,216,900	$1,022,250	$57,000
19	63554	8,121,216,900	$3,870,719	$127,692
20	63679	8,121,668,700	$2,199,800	$1,453,992
21	63680	8,121,668,700	$2,441,900	$2,094,900
22	63700	3,202,408,481	$6,733,474	$580,092
23	63703	8,121,841,900	$2,277,892	$1,484,692
24	63733	8,101,463,700	$973,032	$52,000
25	63734	8,101,463,700	$3,684,033	$110,800
26	63735	8,101,463,700	$211,384	$9,784
27	63773	8,119,337,700	$1,585,928	$763,092
			TOTAL $	**19,377,236**

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. $ 36,300 saldo insoluto de la **factura No. 62649,** presentada para su pago el **10/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

2. $ 1,121,030 saldo insoluto de la **factura No. 62650,** presentada para su pago el **10/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

3. $ 136,100 saldo insoluto de la **factura No. 62865,** presentada para su pago el **10/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

4. $ 1,679,200 saldo insoluto de la **factura No. 62845,** presentada para su pago el **10/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

5. $ 951,992 saldo insoluto de la **factura No. 62891,** presentada para su pago el **10/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

6. $ 15,192 saldo insoluto de la **factura No. 62964,** presentada para su pago el **10/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

7. $ 90,400 saldo insoluto de la **factura No. 63037,** presentada para su pago el **10/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

8. $ 181,300 saldo insoluto de la **factura No. 62528,** presentada para su pago el **18/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

9. $ 3,192,088 saldo insoluto de la **factura No. 62529,** presentada para su pago el **18/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

10. $ 98,116 saldo insoluto de la **factura No. 63142,** presentada para su pago el **18/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

11. $ 5,092 saldo insoluto de la **factura No. 63253,** presentada para su pago el **18/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

12. $ 120,092 saldo insoluto de la **factura No. 63264,** presentada para su pago el **18/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

13. $ 1,413,892 saldo insoluto de la **factura No. 63265,** presentada para su pago el **18/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

14. $ 249,506 saldo insoluto de la **factura No. 63376,** presentada para su pago el **18/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

15. $ 122,400 saldo insoluto de la **factura No. 63377,** presentada para su pago el **18/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

16. $ 2,552,092 saldo insoluto de la **factura No. 63528,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

17. $ 678,400 saldo insoluto de la **factura No. 63529,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

18. $ 57,000 saldo insoluto de la **factura No. 63553,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

19. $ 127,692 saldo insoluto de la **factura No. 63554,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

20. $ 1,453,992 saldo insoluto de la **factura No. 63679,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

21. $ 2,094,900 saldo insoluto de la **factura No. 63680,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

22. $ 580,092 saldo insoluto de la **factura No. 63700,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

23. $ 1,484,692 saldo insoluto de la **factura No. 63703,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

24. $ 52,000 saldo insoluto de la **factura No. 63733,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

25. $ 110,800 saldo insoluto de la **factura No. 63734,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

26. $ 9,784 saldo insoluto de la **factura No. 63735,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

27. $ 763,092 saldo insoluto de la **factura No. 63773,** presentada para su pago el **27/09/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/10/2024) y hasta que se verifique su pago.

TERCERA: Que se condene en costas a la demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

HECHOS

1. **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.,** en cumplimiento de la obligación impuesta por el **artículo 168 de la ley 100 de 1993**, el **artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015compilado en el Decreto 780 del 2016**, brindó atención médica-hospitalaria de acuerdo a su nivel de complejidad, en la ciudad de Neiva, a las personas lesionadas y que se encuentran amparadas por el SOAT expedido por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., **como se relaciona en el cuadro adjunto en la PRETENSION PRIMERA,** este servicio se prestó de acuerdo a lo estipulado en las normas citadas, no necesitándose contrato ni orden previa para su prestación.

2. La sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**., **en cumplimiento de un mandato legal** tal como se indica en el hecho 1 de las obligaciones impuestas por los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015, compilado **Decreto 780 de 2016,** presentó para su pago ante **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, **las facturas PREVIAMENTE RELACIONADAS EN EL CUADRO ADJUNTO DE LA PRETENSION PRIMERA**. Se allegan como anexos de cada factura los documentos exigidos en el artículo 26 numeral 2 (Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud, cuando se trata de una víctima de accidente de tránsito) del **Decreto 056 del 2015**, compilado **Decreto 780 de 2016**.

3. Al ser presentadas las facturas para su reclamación de pago ante la aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, presentó en cada una de ellas la negación del pago total y la consecuente imposición de glosas por parte de la seguradora, las cuales a su vez fueron contestadas no aceptándolas con argumentos facticos y jurídicos por parte de la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**. Al contar con la totalidad de documentos que permiten observar la obligación ejecutada, se busca una solución en sede ordinaria, encontrando sustento en el pronunciamiento de la Corte Constitucional en fallo de **auto A-2076 de 2023,** el cual indica que La jurisdicción ordinaria en su especialidad Laboral tiene competencia para conocer la controversia económica originada de una relación extracontractual en la que se demanda por la vía ordinaria a una sociedad privada por servicios de Salud, hospitalario y farmacéuticos a las víctimas de accidentes de tránsito que a la fecha de atención estuvieran amparadas por SOAT.

4. A pesar de estar vencidos los términos legales, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, no realizó los pagos dentro de los términos indicados, no obstante, de manera extemporánea realizo pagos, los cuales fueron aplicados a cada factura, tal y como quedó estipulado en el cuadro anterior. Hecho que se puede verificar en el anverso de cada factura donde se encuentra sello de estado de pago, donde se indica si existió pago alguno, tal como lo exige el #3 del art. 774 del C. Co.:

   *"3. El emisor vendedor o prestador del servicio, **deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago** del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura." (Negrilla fuera de texto)*

5. El artículo 1080 del Código de Comercio, faculta a mi poderdante para solicitar el cobro de la mora a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, sobre los valores adeudados de cada factura, un mes después de la fecha de radicada cada factura, Así mismo el art 41 del Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.

   *"**El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio** o la norma que lo modifique, adicione o*

> *sustituya.* ***Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio*** *igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad."* (Negrilla fuera de texto)

Por su parte el art. 180 del C. Co. Indica:

> *"El* ***asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador*** *de acuerdo con el artículo 1077.* ***Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio*** *igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad."*

6. Dado que la facturación por la prestación de servicios de salud se encuentra gobernada por normas de carácter especial en las que se exigen requisitos disimiles a los contenidos en la ley mercantil y que son propios del sistema general de seguridad social en salud, las facturas aquí presentadas están conformadas en la totalidad por documentos que permiten develar sin ambages, la fuente de la obligación ejecutada y su sustento cartulario, estando acompañadas cada una de las facturas por: el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social (FURIPS) completamente diligenciado incluyendo en el punto IX CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO, fotocopia de la póliza, Epicrisis o resumen clínico de atención, fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo y fotocopia de documento de identidad de la víctima, fotocopia comprobante/constancia de prestación de servicios de salud con firma y huella de paciente o acudiente. Por lo tanto, se está haciendo aplicación del art. 26 #2 del Decreto 056 compilado en el Decreto 780 de 2016.

7. Así mismo se reitera que la normatividad aplicable son los Decretos 056 de 2015 y 780 del 2016, pues el Decreto 3990 de 2007 se encuentra explícitamente derogado por el Decreto 056 del 2015, en su artículo 46:

> *"**Vigencia y derogatorias.** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, deroga los Decretos números 3990 de 2007 y 967 de 2012 y las demás normas que le sean contrarias."*

8. En igual sentido tenemos que el Decreto 4747 de 2007 **NO ES APLICABLE AL CASO EN CONCRETO**, pues su finalidad es regular aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, **situación que no se presenta, pues la Aseguradora no es responsables de pagos de servicios de salud de la población**. Según lo establecido en el artículo 2 campo de aplicación y el articulo 3 entidades responsables de pago.

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., NO ES UNA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD sino una compañía aseguradora con autorización para explotar el ramo de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT. Se debe tener en cuenta que la aseguradora al expedir la póliza SOAT, debe pagar solamente el evento asegurado (indemnización por concepto de gastos medico hospitalarios).

Este decreto aplica cuando para la atención del paciente, media contrato, que para el caso que nos ocupa se atiende al paciente por mandato legal, Decreto 056 del 2015 compilado por el Decreto 780 del 2016.

9. Se manifiesta bajo la gravedad de juramento que la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** tiene la custodia del original de las **27** 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 $20.992.452** correspondientes a **$19,377,236 de capital y $1.615.216 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 28/02/2025 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

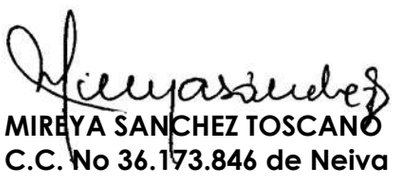
- **Mi mandante** recibirá notificaciones en la Calle 18 No. 6-65 de la ciudad de Neiva. Teléfono 8756349, Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: contabilidad@fracturasyortopedia.com conforme certificado de existencia y representación legal de la clínica, el 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.

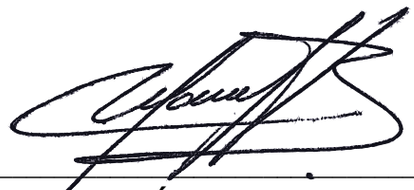
Referencia: Proceso **ORDINARIO LABORAL DE UNICA INSTANCIA** propuesto por la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**., representada legalmente por MARTHA LUCÍA POLANIA CUBILLOS contra **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** representada legalmente por NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA o 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. 62649, 62650, 62865, 62845, 62891, 62964, 63037, 62528, 62529, 63142, 63253, 63264, 63265, 63376, 63377, 63528, 63529, 63553, 63554, 63679, 63680, 63700, 63703, 63733, 63734, 63735, 63773,** 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

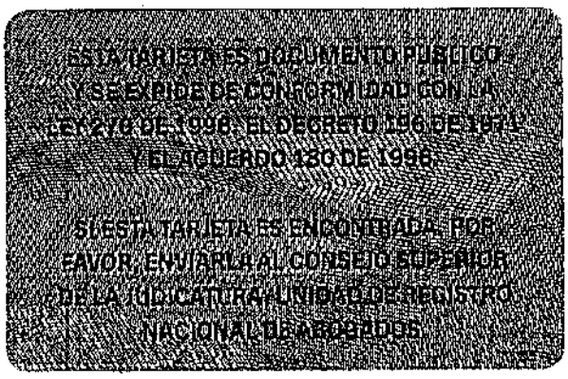
PODER CLINICA FRACTURA VS LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO 62649-63773

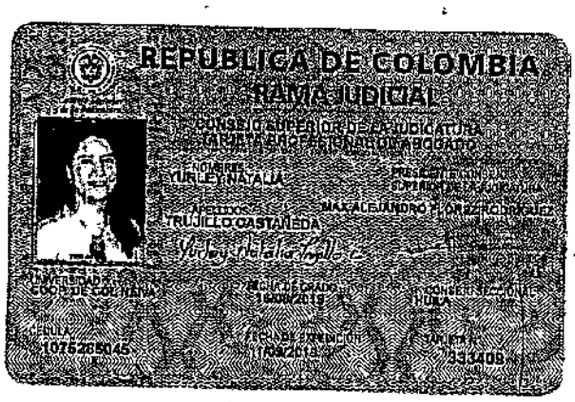
Desde contabilidad@fracturasyortopedia.com <contabilidad@fracturasyortopedia.com>
Fecha Vie 14/02/2025 10:34 AM
Para 'Mireya Sanchez Toscano' <mireyasanchezt@hotmail.com>

1 archivo adjunto (159 KB)
PODER 62649-63773.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. 62649-63773, 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.


REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO
NOMBRES
YIRLEY NAYALIA
APELLIDOS
TRUJILLO CASTAÑEDA
CEDULA
1076285045

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.09	11:21:45	2024.09.08

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62649

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 181367

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN		2024.08.14 - 08:24	2024.08.14 - 11:11

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO EDAD : 14 Años

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS COLOMBIA TELEFONO: 3202741679

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	14-Jun-2024	S55101					JAB	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
	VENDA ALGODON 6X5								4	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
790906	VENDA YESO DE 6X5								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	500
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.14	873206					JAB	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.14	873121					JAB	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.14	873121					JAB	1	90,400	90,400
LABORATORIOS											
19280	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.06.14	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.14	902208						1	34,300	34,300
19749	NITROGENO UREICO	2024.06.14	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.14	902045						1	49,900	49,900
19956	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.14	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.06.14	935304					JAB	1	77,700	77,700
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.14	890602					FGR	1	61,200	61,200
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.14	890701					JAB	1	81,400	81,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.06.14	S22103					JAB	1	95,500	95,500

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 CAM... ART. 774 867 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.1...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: ...02... por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has... -00080000 AUTORIZA

Recibido!
10 de Septiembre del 2024
20301223

Ecoload

Cufe: fdf9571f5fcd3483b977eba15e732a9a03f37a606f195e8d04511565f4c7a...cf591f...d665113c7b1323ea

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.395.451 - 0

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

31

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.06.09	11:21:45	2024.09.06

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62649

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1601) 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 181357
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2024.06.14 - 00:24 2024.06.14 - 11:11

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO EDAD : 14 Años
DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS COLOMBIA TELEFONO: 3202741679

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	14-Jun-2024	S55101					JAB	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
	VENDA ALGODON 6X5								4	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
790906	VENDA YESO DE 6X5								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754-06	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	500
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.14	873206					JAB	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.14	873121					JAB	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.14	873121					JAB	1	90,400	90,400
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.06.14	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.14	902208						1	34,300	34,300
19749	NITROGENO UREICO	2024.06.14	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.14	902045						1	49,900	49,900
19968	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.14	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.06.14	835304					JAB	1	77,700	77,700
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.14	890602					FGR	1	61,200	61,200
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.14	890701					JAB	1	81,400	81,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.06.14	S22103					JAB	1	95,500	95,500

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

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

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

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

Cufe: fdf9571f5fcd3483b977eba15c732a9a03f37a606f195e8d04511565f4c7a1cf591f1f20681c5591d665113c7b1323ca

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

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

31

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.09	11:21:45	2024.09.08

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62649

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

VALOR BRUTO:	1,117,090	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,117,090

SON: UN MILLON CIENTO DIEZ Y SIETE MIL NOVENTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.09 11:28:10 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: fdf957bf5fcd3483b977ebalbe732a9a03f37a606f195e8d04513565f4c7a1cf591f1f20681c5591d665113c7b1323ca

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

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

30

FACTURA:	62649
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,080,790
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 36,300
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

OUT

Usuario: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 62649

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
ORTIGOZA	MOLINA

1er.Nombre	2do.Nombre
KEVIN	ROLANDO

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC TI X AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1117821130

De: 41206 Fecha de Nacimiento: 12/03/2010 Sexo: F M X O

Direccion: VEREDA SAN MARCOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3202741679

Municipio: COLOMBIA Cod. 206

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terrorisias:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ] Cual?		Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: VIA VEREDA SAN MARCOS A VEREDA SANTANA

Fecha Evento/Accidente: 13/06/2024 Hora: 13:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: COLOMBIA Cod. 206 Zona: U R X

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA UDC60G QUIEN PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: BAJAJ Placa: UDC60G

Tipo de Vehiculo:	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta [ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro [ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta [ ]

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

Poliza SOAT No 8118641300 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 05/10/2023 Hasta: 04/10/2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
VARGAS	HERNANDEZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ANA	MARIA

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1075296221

Direccion: VEREDA SAN MARCOS

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: COLOMBIA **Cod.** 206 **Telefono:** 3138431723 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
QUITUMBO	GUEJIA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
NILSON	ARNULFO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1123142882

Direccion: VEREDA SAN MARCOS

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3138431723

Municipio: COLOMBIA **Cod.** 206

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: 13/06/2024 a las 19:22

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ **Codigo de inscripcion:** 412060043301

Direccion: CARRERA 3 N 7 12 **Telefono:** 8319547 HUILA-COLOMBIA

Profesional que Remite: MIGUEL OSWALDO SALZAR RAM **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 13/06/2024 a las 19:37

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

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

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

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

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

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

Fecha de ingreso: 14/06/2024 **a las** 00:24

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

Fecha de Egreso: 14/06/2024 **a las** 11:11

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S827 FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

Diagnostico relacionado de Egreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
BAZAN	

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

Numero de Registro de Medico 1061724214

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1117090	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Republica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI	1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS	
FCHA.NACTO:	2010.03.12		EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL: 3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO		RH:	O+			

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.14 — HORA DE INGRESO: 00:24
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.06.14 — HORA DE EGRESO: 11:11
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S827 - FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA
CONFIRMADO: S827 - FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.14-00:46:31 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA UDC60G QUIEN PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: COLOMBIA EN COMPAÑIA DE MADRE VALORADO A LAS: 00+24 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 13/06/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 13 : 30 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: MORFINA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ORTOPEDIA . AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

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

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 89 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 160 PESO: 55 IMC: 21 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.
<<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de

29

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración fisica evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO DE MALA CALIDAD EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO , SE RETIRA EVIDENCIANDO DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLLO DERECHO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
Sin lesiones.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

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

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 11 HORAS, REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
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

28

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- SS LABORATORIOS
- PASAR A SALA DE YESO POSTERIOR A INMOVILIZACCION, NO MOJAR INMOVILIZACCION Y MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.06.14-01:15:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: FRACTURA TERCIO PROXIMAL TIBIA Y PERONE.

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

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

***** FECHA: 24.06.14-01:18:13 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 01:00 / 01:15 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

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

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.14-01:18:18 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:

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

*** FECHA: 24.06.14-06:46:29 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: 14/06/2024
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 6.57 %NEUTROFILOS: 66.9 % LINFOCITOS: 22.0 HEMOGLOBINA: 12.7 %HEMATOCRITO: 36.7 MCV: 83.1 MCH: 28.8 PLAQUETAS: 257.000 TIEMPOS: TP: 13.0 TPT: 28.0 INR: 1.08 CREATININA : 0.3 BUN: 7.0

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

*** FECHA: 24.06.14-07:29:33 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 PIERNA DERECHA ,
AL EXAMEN FISICO: PIERNA DERECHA EDEMA SEVERO DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO
DX: FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO
PLAN: SE HOSPITALIZA PARA TRATAMIENTO ANTIEDEMA Y LUEGO OSTEOSINTESIS

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.14-11:11:54 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINCAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN POR CODICIONES ACTUALES DECIDE HOSPITALIZAR, POR LO QUE SE DA EGRESO DE URGENCIAS CON DESTINO HOSTITALIZACION.

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.14-11:11:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

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

CONFIRMADO: S827 - FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

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

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 181367

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181367 **Fecha** 2024/06/14

Nombre Paciente: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO - 1117821130 **Edad:** 14 **Sexo:** M

Quien Realiza: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn%sticos Previos:

1. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
6. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagn%sticos Definitivos:

1. S827-FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	JAB	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

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

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

QUIEN REALIZA

JOAN MAN

FIRMA DE PACIENTE

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,16-Jul-2024 15:46:5

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: 2024.06.1 00:24
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 14 Años Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO 1 NIVEL I COLOMBIA VEREDA SAN MARCOS 3202741679

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.06.14	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	JAB	4.00
2024.06.14	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	JAB	4.00
2024.06.14	MAS	VENDA DE	VENDA YESO DE 6X5	JAB	4.00

PACIENTE: 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO **EDAD:** 14

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS **TELEFONO:** 3202741679

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63663 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.13 **Nº POLIZA:** 8118641300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 14 de junio de 2024						
00:47:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	NRI	
00:47:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
00:47:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
00:47:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
00:47:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
00:47:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	NRI	
00:47:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	4.00		NOCHE	NRI	
00:47:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	NRI	
08:47:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	DANI	
08:47:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
08:47:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
08:47:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
08:47:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		DIA	DANI	
08:47:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 24.00

22

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202406140001

ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

202406140001

Documento	: TI1117821130	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2010-06-14	Edad	: 14 Años	Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso : 2024-06-14 02:27:39 am	F. Impreso : 2024-06-14 02:39:35 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
emograma IV			
Recuento de Leucocitos	6.57	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.41	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	12.7	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	36.7	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	83.1	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	28.8	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.7	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	257	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	66.9	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	22.0	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	8.1	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	3.00	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	4.39	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	1.45	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.53	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.20	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	9.3	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.6	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.2	%	11.5 - 14.5
PDW	15.7		
PCT	0.239	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	7.00	mg/dl	9.00 - 20.00
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.3	mg/dl	0.7 - 1.3

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202406140001

ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

202406140001

Documento	: TI1117821130	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2010-06-14	Edad	: 14 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-06-14 02:27:39 am F. Impreso : 2024-06-14 02:39:35 am

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMEINA TP.	13.00	seg	11.30 - 16.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	28.00	seg	22.00 - 36.00
INR.	1.08		

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

Comprobante de Transacción
Fecha: 12/08/2024 12:08:38

DAVIVIENDA

Descripción de la Transacción :
Empresa: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
Usuario: MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Origen de los fondos :
Tipo de producto: CUENTA DE AHORROS
Número de producto: **********3875

Destino de los fondos :
Transacción: Pago a Proveedores
Monto: $ 36.635.595,00
Descripción: Pago a Proveedores

Fecha: 09/08/2024
Hora: 08:00:00

Número de documento: 60609896

Banco	Tipo Destino	Número Destino	Titular	Valor	Estado	Motivo
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	********2182	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA	$ 36.635.595,00	Pago Exitoso	

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

CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE** y **MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. **900.422.862-8**, certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT No. **800.110.181-9** se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022, 2023 y de los meses de ENERO, a JUNIO de 2024, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los cuatro (04) días del mes de julio de 2024.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

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

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
fa0a4df5e9a4201c85bce44aea8a18b1162bac58361aabcd15067a3119fabd27baf8b30015b6dcc36f030a98eb19642a

Número de Factura: FE-10673
Fecha de Emisión: 25/06/2024
Fecha de Vencimiento: 25/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

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

Datos del Emisor / Vendedor

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

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

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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

No.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	NIU	1,00	$ 11.257.200,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.257.200,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JUNIO DE 2024 DEL 11-20
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-06-25 08:48:13
Documento generado el: 2024-06-25 08:48:12
Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	11.257.200,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.257.200,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0,00
Total Impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	11.257.200,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	11.257.200,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422862-8

LA SUMA DE ONCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($11,257,200)

POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 11 AL 20 DE 2024

JHON FREDI MUÑOZ VARGAS

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800

JULIANE ANDRES CHARRIA GARZON

202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

CRISTIAN JOHAN SILVA ACOSTA

202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

202406130050	CLINICA DE FRACTURAS	1081159826	BRAYAN	STIVEN	CORTES	OSORIO	TI	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406130050	CLINICA DE FRACTURAS	1081159826	BRAYAN	STIVEN	CORTES	OSORIO	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406130050	CLINICA DE FRACTURAS	1081159826	BRAYAN	STIVEN	CORTES	OSORIO	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406130050	CLINICA DE FRACTURAS	1081159826	BRAYAN	STIVEN	CORTES	OSORIO	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406130050	CLINICA DE FRACTURAS	1081159826	BRAYAN	STIVEN	CORTES	OSORIO	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
KEVIN ROLANDO ORTIGOZA MOLINA										
202406140001	CLINICA DE FRACTURAS	1117821130	KEVIN	ROLANDO	ORTIGOZA	MOLINA	TI	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406140001	CLINICA DE FRACTURAS	1117821130	KEVIN	ROLANDO	ORTIGOZA	MOLINA	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406140001	CLINICA DE FRACTURAS	1117821130	KEVIN	ROLANDO	ORTIGOZA	MOLINA	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406140001	CLINICA DE FRACTURAS	1117821130	KEVIN	ROLANDO	ORTIGOZA	MOLINA	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406140001	CLINICA DE FRACTURAS	1117821130	KEVIN	ROLANDO	ORTIGOZA	MOLINA	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JHON FREDY SANCHEZ CAMACHO										
202406140008	CLINICA DE FRACTURAS	83090268	JHON	FREDY	SANCHEZ	CAMACHO	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406140008	CLINICA DE FRACTURAS	83090268	JHON	FREDY	SANCHEZ	CAMACHO	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406140008	CLINICA DE FRACTURAS	83090268	JHON	FREDY	SANCHEZ	CAMACHO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406140008	CLINICA DE FRACTURAS	83090268	JHON	FREDY	SANCHEZ	CAMACHO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406140008	CLINICA DE FRACTURAS	83090268	JHON	FREDY	SANCHEZ	CAMACHO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406140008	CLINICA DE FRACTURAS	83090268	JHON	FREDY	SANCHEZ	CAMACHO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JESSICA SALAZAR CHILITO										
202406140009	CLINICA DE FRACTURAS		JESSICA		SALAZAR	CHILITO	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406140009	CLINICA DE FRACTURAS	1075321747	JESSICA		SALAZAR	CHILITO	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700

202406200031	CLINICA DE FRACTURAS	1123301140	WILLIAM	JONATHAN	DIAZ	DIAZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406200031	CLINICA DE FRACTURAS	1123301140	WILLIAM	JONATHAN	DIAZ	DIAZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JAVIER MAURICIO JOVEL MUÑOZ										
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
									TOTAL	***$ 12,508,000***
									DESCUENTO DEL 10%	***$ 1,250,800***
									TOTAL A CANCELAR	***$ 11,257,200***

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.07.16
HORA:	15:49:46
PAGINA No:	1

Numero: 90503 Fecha Ex. 14/06/24 Hora 13:42
Nombre Paciente: 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO
Dirección: VEREDA SAN MARCOS Telefono:3202741679 Edad:14 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del cuello del pie derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.
No se descarta la posibilidad de esguince.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose fracturas del tercio proximal de tibia y peroné moderadamente impactadas y desplazadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a los focos de fracturas.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

FIRMA

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

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDÍA 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, 14-06-2024

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Johana Molina correa identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Kevin Julian Ortega Molina con identificación No. 1117821130, 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 14/06/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre: Johana Molina correa
c.c. 1117812812

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

HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMÉNEZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011706
Carrera 3 # 7-68

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10007558
Historia Clínica No.
1117821130

Fecha de remisión jueves, 13 de junio de 2024 **Institución a la que se contrarremite** 410010019401
Razon Social HOSPITAL DEPARTAMENTAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	País	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
KEVIN ROLANDO ORTIGOZA MOLINA	TI No. 1117821130	03 - dic. - 2010	COLOMBIA	HUILA	COLOMBIA	13 años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
SAN MARCOS RURAL	3202741679	HUILA	COLOMBIA	R

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

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

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

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	jueves, 13 de junio de 2024	**Fecha de Egreso:**	jueves, 13 de junio de 2024
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	19:22	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Urgente

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
paciente masculinod ede 13 años de edad, residente en Vereda , estudiante

His.Enfermedad Actual:
paciente de 13 años de edad, se recibe llamado aproximadamente a las 14:40 , para solicitud de ambulancia, por accidente de transito, refiere que se desplazaba en motocicleta en calidad de parrillero via Vereda San Marcos hacia Vereda Santana en Colombia Huila cuando conductor pierde el control y se caen ocasionando, fractura cerrada de miembro inferior derecho a nivel de tercio proximal de tibia, con posterior dolor e incapacidad para apoyar, no sangrado, manejo en el lugar con inmovilización con cartón y madera, posteriormente es traslado a ESE Ana Silvia Maldonado Jimenez en Ambulancia y acompañado por personal de tripoulacion y Madre Jhoany Molina Cometa, niega traumas en otros órganos, refiere dolor , niega fiebre, niega alteración de la conciencia, u otros síntomas.

PATOLOGICOS
- No refiere
FARMACOLOGICOS
- No refiere
HOSPITALARIOS
- No refiere
QUIRURGICOS
- No refiere
TRAUMATICOS
- No refiere
TOXICOS
- No refiere
ALERGICOS
- No refiere

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: lo referido - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

Presión Arterial: 100 / 69 //Frecuencia Cardiaca: 82 //Temperatura: 36,9 //Frecuencia Respiratoria: 22 //Peso: 56 //Talla: 159 //I.M.C.: 22,1510225070211 - //Saturación de Oxígeno: 98

EXAMEN FÍSICO
*Estado General: Al examen físico paciente alerta, conciente y orientado en tiempo espacio y persona hemodinámicamente estable, en buenas condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normocéfalo, no se palpan hematomas en craneo, no fracturas de huesos de craneo,no signo de mapache, no signo de battle, , hidratadas sin signos de deshidratación.
Cuello móvil sin masas ni adenopatías. *Ocular: pupilas isocoricas normoreactivas. *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos,

HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMÉNEZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011706
Carrera 3 # 7-68

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10007558
Historia Clínica No.
1117821130

ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias, no irritacion peritoneal *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: no lesiones *Genitourinario: no se evalua *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada, glasgow 15/15 *Psiquiátrico: Normal

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

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

Plan o Conducta a Seguir

Ingreso
LEV SSN 0,9% a 60 cc hora
Morfina 2 mg IV dosis unica
Inmovilizacion con ferula de yeso muslopedica en miembro inferior derecho
control de SV y avisar cambios
Vigilar alteración de conciecia, sangrado por algun orificio.

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Dx. Ingreso (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA
- Dx. Relacionado1: (S829)FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA
- Dx. Salida ó Principal:(S822)FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Analisis Dx paciente de 13 años de edad, se recibe llamado aproximadamente a las 14:40 , para solicitud de ambulancia, por accidente de transito, refiere que se desplazaba en motocicleta en calidad de parrillero via Vereda San Marcos hacia Vereda Santana en Colombia Huila cuando conductor pierde el control y se caen ocasionando, fractura cerrada de miembro inferior derecho a nivel de tercio proximal de tibia, con posterior dolor e incapacidad para apoyar, no sangrado, manejo en el lugar con Inmovilización con cartón y madera, posteriormente es trastado a ESE Ana Silvia Maldonado Jimenez en Ambulancia y acompañado por personal de tripoulacion y Madre Jhoany Molina Cometa, niega traumas en otros órganos, refiere dolor , niega fiebre, niega alteración de la conciencia, u otros síntomas, al examen físico paciente estable hemodinámicamente, glasgow 15/15, sin dificultad respiratoria, sin Irritación peritoneal, se palpa perdida de la continuidad osea en miembro inferior derecho a nivel de tercio proximal de tibia, no presenta heridas, sin otros hallazgos , se conisdera Ingreso a urgencias , analgesia administrar 2 mg de morfina, LEV SSN a 60 CC por hora, hemograma, Inmovilización con férula de yeso muslopedica, paciente se beneficia de RX AP y lateral de miembro inferior derecho y valoracion por ortopedia , por lo cual se inicia proceso de remision, se explica a madre y paciente quien comprende y acepta.

Diagnóstico por el cual se remite: S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

CRITERIO Y JUSTIFICACION

diagnostico presuntivo de fractura de tibia de miembro inferior derecho

Resultados Exames

MIGUEL OSWALDO SALAZAR RAM
MEDICO SSO
Registro Medico No. 1081408820

Miguel Salazar

HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10023152
13/06/2024 10:40:00 PM
Historia Clínica No.
1075600032

IDENTIFICACION

Paciente :	JUAN JOSE URREA ARAGONEZ	**Identificación No.:**	TI No. 1075600032
Entidad:	EPS SANITAS SAS - EN INTERVENCIÓN B. M.T.P.	**Fecha Nacimiento:**	13 - feb. - 2012
Pais: COLOMBIA	**Departamento:** HUILA	**Ciudad:** COLOMBIA	**Edad:** 12 Años **Sexo** M
Dirección:	ANTILLAS (ANTILLAS)	**Teléfonos:**	3133750539

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha:	jueves, 13 de junio de 2024	**Hora:**	22:31	**Paciente Llega por sus propios medios?**	
Acompañante:				Sí **Cual**	
Dirección:		**Tel.**		**Estado:**	

En caso de accidente, intoxicación o violencia

Fecha: **Hora:**
Causa Básica que origina la atención **Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
"me arde para orinar"

Historia Enfermedad Actual
calidad de la informacion: regular
procedencia: colombia

enfermedad actual:paciente masculino de 12 años de edad sin antecedente patologico, refiere cuadro clinico que inicio el dia de hoy 13/06/2024 a las 11:00 a.m consistente en dolor en hemiabdomen inferior, asociado a disuria y pruritro en pene, niega fiebre, niega salida de secresiones, niega otros sintomas asociados.

Antecedentes

PATOLOGICOS
- madre no refiere
QUIRURGICOS
- madre no refiere
ALERGICOS
- madre no refiere

REVISION POR SISTEMAS

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FISICO

Presión Arterial: 107 / 80 //Frecuencia Cardiaca: 65 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 19 //Peso: 38.9 //Talla: 149 //I.M.C.: 17.52 //Saturacion Oxigeno: 99 //PAM: 89

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: aceptables condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: mucosa oral semihumeda *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible, dolor a la palpacion de flanco izquierdo que se irradia a hipogastrio, no masas ni megalias, puño percusion izquierda positiva *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

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

Causa externa de la consulta: Enfermedad general

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (R103) DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN
- Relacionado1: (R102)DOLOR PELVICO Y PERINEAL
- Relacionado2: (R300)DISURIA

Analisis Dx paciente masculino de 12 años de edad sin antecedente patologico, refiere cuadro clinico que inicio el dia de hoy 13/06/2024 a las 11:00 a.m consistente en dolor en hemiabdomen inferior, asociado a disuria y pruritro en pene, niega fiebre, niega salida de secresiones, niega otros sintomas asociados. En el momento paciente hemodinamicamente estable, afebril,mucosa oral semihumeda, sin signos de bajo gasto, al examen fisico abdomen, blando depresible, dolor a la palpacion de flanco izquierdo que se irradia a hipogastrio, no masas, ni megalias, puño percusion izquierda positiva, sin otro particular, considero toma de cuadro hematico y parcial de orina, según reporte se tomaran conductas adicionales, se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

HEMATOLOGIA
Leucocitos = 5.740 V.R.: 5.00 - 10.0 U.M.: mm3
Neutrofilos = 58.0 V.R.: 55 - 70 U.M.: %
Linfocitos = 38.5 V.R.: 17 - 45 U.M.: %

8

Monocitos = 3.6 V.R.: 2 - 8 U.M.: %
Hemoglobina = 12.3 V.R.: 12 - 18 U.M.: g/dl
Hematocrito = 38.3 V.R.: 35 - 52 U.M.: %
Recuento Automático Plaquetas = 288.000 V.R.: 150 - 450 U.M.: mm3
Eritrocitos = 5.200 U.M.: %

UROANALISIS

Color = AMARILLO
Aspecto = Ligeramente Turbio
P.H. = 6.0
Densidad = 1015
Glucosa = Negativo U.M.: mg/dl
Proteinas = Trazas U.M.: mg/dl
Sangre = Negativo U.M.: mg/dl
Cetonas = Negativo U.M.: mg/dl
Bilirrubinas = Negativo U.M.: mg/dl
Nitritos = NEGATIVO A LA FECHA U.M.: mg/dl
Urobilinogeno = Normal U.M.: mg/dl
Leucocitos = 1-2 U.M.: Por campo
Celulas epiteliales = + U.M.: Por cruces
Hematies = 1-2 U.M.: por campo
Bacterias = Escasas U.M.: Por cruces
Moco = +
Leucocitos = NEGATIVO U.M.: Leuco/ul

nota de revaloracion:
paciente masculino de 12 años de edad en contexto de dolor abdominal en estudio asociado a sintomas irritativos urinarios. Se interpretan paraclinicos con cuadro hematico no infeccioso, no anemia, no alteracion plaquetaria, parcial de orina no patologico. En el momento paciente hemodinamicamente estable, afebril, hidrtadao, sin signos de bajo gasto al exmaen fisico dolor modulado a la plapcion sin signos de irritacion peritoneal no masas no megalias, sin otro particular. Dado lo anteiror y considerando la clinica del paciente indico manejo antibiotico empirico ambulatorio dado por sintomas irritativos urinarios, se dan recomendaciones y signo de alarma para consultar por urgencias se le explic a la madre conducta medica, refiere entender y aceptar.

Conducta a seguir: urgenicas
dieta norma
snn al 0.9% pasdar a 50cc /hora
hioscina simple admintrar 1 ampolla iv lento y diluido
tomar de cuadro hematico y parcial
control de signos vitales
avisar cambios

plan de revaloracion:
egreso
formula medica
SIGNOS DE ALARMA:
1. SI PRESENTA FIEBRE > 38°C POR MAS DE 3 DÍAS
2. SI PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR (TIENE LA NECESIDAD DE RESPIRAR MAS RÁPIDO)
3. SI PRESENTA DOLOR FUERTE EN EL PECHO
4. SI PRESENTE DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y CONTINUO
5. SI PRESENTA CONVULSIONES
6. SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO QUE NO MEJORA CON LOS ANALGESICOS
7. SI PRESENTA VOMITO PERSISTENTE MAS DE 4 VECES EN UNA HORA
8. SI PRESENTA DEPOSICIONES LIQUIDAS MAS DE 6 VECES EN UNA HORA
9. SI PRESENTA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA (ALUCINACIONES, DESMAYOS SIN RECUPERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA)
10. CUALQUIER OTRO SINTOMA QUE CONSIDERE ATENCION POR URGENCIAS

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
46232 - CAMILA ANDREA MUNAR POLANIA (MEDICINA GENERAL) Fecha: 14/06/2024 Hora: 01:08

1 - Acetaminofen Tableta 500 mg, 500 mg Tableta adminitrar 1 gramo via oral

46231 - CAMILA ANDREA MUNAR POLANIA (MEDICINA GENERAL) Fecha: 13/06/2024 Hora: 22:41

1 - Hioscina N-Butil Bromuro Simple Sol. Inyectable X 20mg/1mL. 20mg/1mL. adminitrar 1 ampolla iv ahora lento y diluido
2 - Cloruro de Sodio Solución Inyectable 0.9% Bolsa x 500 cc 0.90% Solución inyectable pasar iv a 50cc hora
3 - CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA ASISTENCIAL
4 - PARCIAL DE ORINA - ASISTENCIAL

HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10023152
13/06/2024 10:40:00 PM
Historia Clínica No.
1075600032

ATENCION ABIERTA

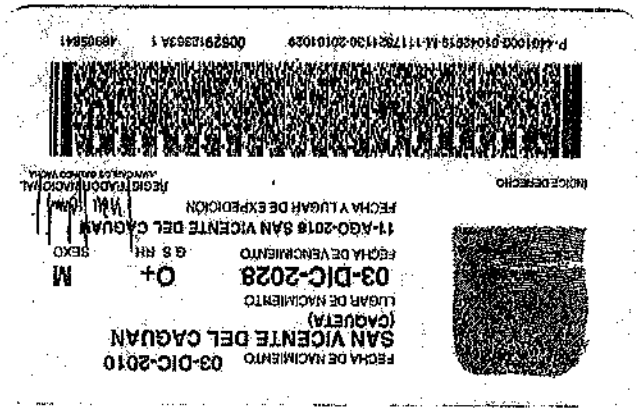
CAMILA ANDREA MUNAR POLANIA
MEDICO SSO
Registro Medico No. 1075313190
Firma profesional que da ingreso al paciente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.117.821.130
ORTIGOZA MOLINA
APELLIDOS
KEVIN ROLANDO
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-2010
SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-DIC-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
M
SEXO
11-AGO-2018 SAN VICENTE DEL CAGUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

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	1123142882
NOMBRES	NILSON ARNULFO
APELLIDOS	QUITUMBO GUEJIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	COLOMBIA

Datos de afiliación :

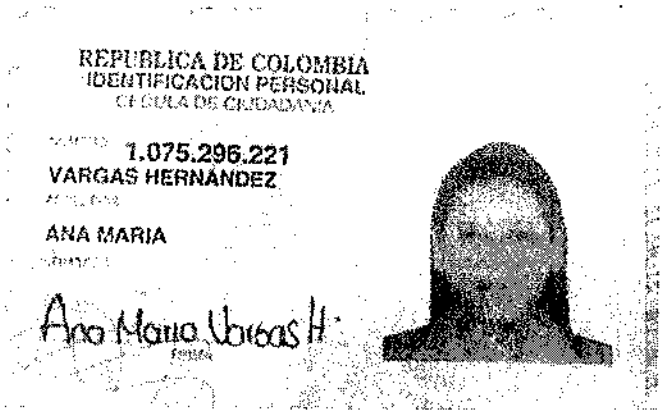
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/06/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/14/2024 00:33:51	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

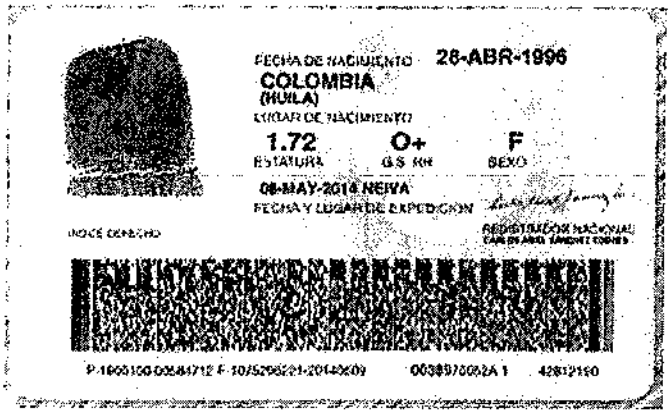
A


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

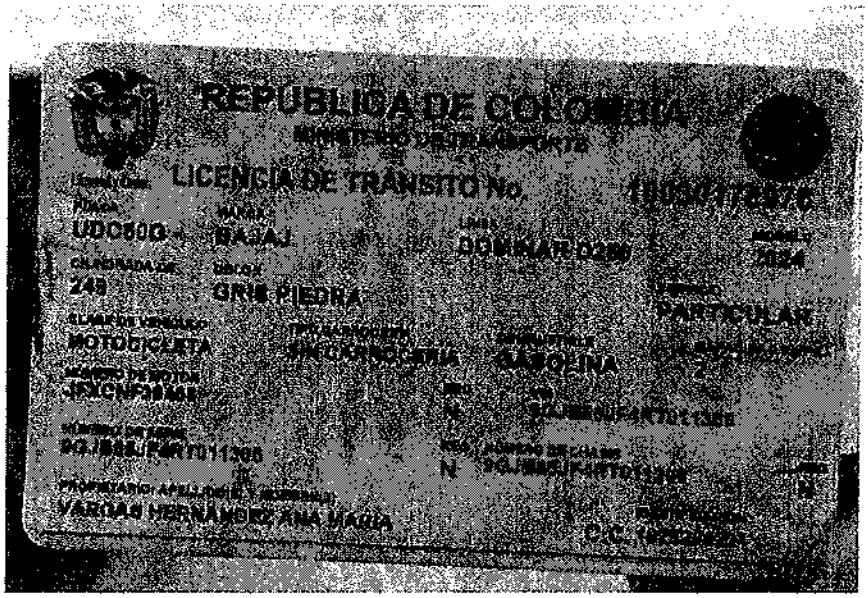
1.075.296.221
VARGAS HERNANDEZ

ANA MARIA

Ana Maria Vargas H.


FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1996
COLOMBIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-MAY-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Dueña de la moto



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No.

UDC60D

BAJAJ

DOMINAR D200

2024

249

GRIS PIEDRA

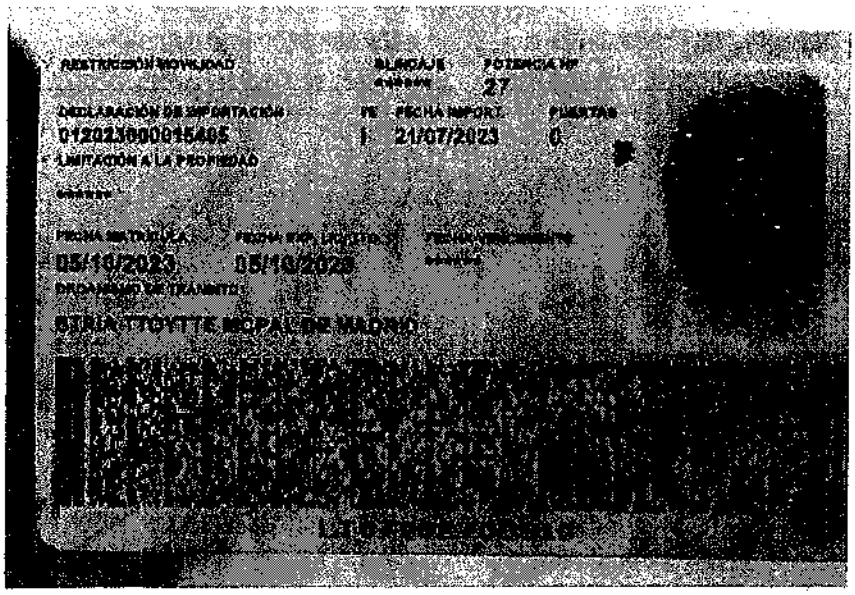
PARTICULAR

MOTOCICLETA

GASOLINA

PG3MBCJF4RT011308

VARGAS HERNANDEZ ANA MARIA



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE
200

POTENCIA HP
27

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
01202300015465

FECHA IMPORT.
21/07/2023

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA
05/10/2023

FECHA VIG. LICENCIA
05/10/2028

ORGANISMO DE TRANSITO
STRIA TTO/TTE MOPA CNB MADRID

RUNT 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:	UDC60G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10030178976	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	DOMINAR D250
MODELO:	2024	COLOR:	GRIS PIEDRA
NÚMERO DE SERIE:	9GJB65JF4RT011306	NÚMERO DE MOTOR:	JFXCNF39406
NÚMERO DE CHASIS:	9GJB65JF4RT011306	NÚMERO DE VIN:	9GJB65JF4RT011306
CILINDRAJE:	249	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	05/10/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOYTTE MCPAL DE MADRID	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8118641300	04/10/2023	05/10/2023	04/10/2024	130	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 08/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-62649 fechada el dia 24.08.09 cuyo paciente es ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

HISTORIA No. 1117821130

GLOSA No: ZGL-1-48231 **SINIESTRO:** 62649

Recibido! 10 de Octubre del 2024 20307650

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 19800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 19800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR QUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-19749- NITROGENO UREICO

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 16500.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 08/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-62649 fechada el dia 24.08.09 cuyo paciente es ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

HISTORIA No. 1117821130

GLOSA No: ZGL-1-48231 **SINIESTRO:** 62649

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 19800.00

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 19800.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR QUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-19749- NITROGENO UREICO

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 16500.00

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

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

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	16500.00	

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,117,090.00
VALOR GLOSADO :	36300.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	36300.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20301223	**No.**	201129	**Siniestro**	90760345	**No. Factura**	FEC162649		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	13/06/2024	**Fecha aviso**	10/09/2024	**Fecha recepción**	10/09/2024	
Fecha formalización	10/09/2024	**Fecha liquidación**	30/09/2024	**Póliza**	811864130	**Vigencia**	05/10/2023	**hast**	04/10/2024
Id tomador	1075296221	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1117821130	**Nombre**	KEVIN ROLANDO ORTIGOZA MOLINA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S801					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	95,500	0	95,500
1	38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
1	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	69,700	0	69,700
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	180,800	0	180,800
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS	NO SE RECONOCE 19290 Y 19749 NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	19,800	19,800	0
1	19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19749	NITRÓGENO URÉICO	NO SE RECONOCE 19290 Y 19749 NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	16,500	16,500	0
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	77,700	0	77,700
1	39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO		100%	61,200	0	61,200
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	95,500	0	95,500
1	77702	INSUMOS			6,800	0	6,800
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	37,090	0	37,090

1001	Cobrado	1,117,090
1002	Obj. Parcial	36,300
1003	Liquidado	1,080,790

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

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

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:09:06 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. FEC162649

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fdf9571f5fcd3483b977eba15e732a9a03f37a606f195e8d045115
65f4c7a1cf591f1f20681c5591d665113c7b1323ea

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1117090

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-08 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
bd75dca8a8897686cb2dc28bc8b191f1c7eb5b12a131153029b
c0f09f21425d0c2ef060172a8ad0f6cdc193d2d8dd08f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-09 11:25:10.000 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. FEC162649

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fdf9571f5fcd3483b977eba15e732a9a03f37a606f195e8d045115
65f4c7a1cf591f1f20681c5591d665113c7b1323ea

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

CUDE:
5a5c49c66dcb44e3b5736416315837ba7b9611820d914fd16f16
f7f2e3c9a2d390aa561c9656571d21f961b918b8340e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-09 11:34:57.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
de2784b04c5887451b2dcbf104ad1a50aa734c3b1c3445f5155f
2e7dab7099bbf9b725270bdf20aa8c22c05db86bf4dd

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:47:16.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:09:06 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. FEC162649

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fdf9571f5fcd3483b977eba15e732a9a03f37a606f195e8d045115
65f4c7a1cf591f1f20681c5591d665113c7b1323ea

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
47625e489179dc7ecaa3349c0e54aac3779a5921b7548f65fe1d
9d5aa63166f08d4dc34f79c1863bd37bb27f732d0e16

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:47:29.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.08.09	11:27:05	2024.09.08

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62650

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072
CONTRATO/PLAN
001 01 SOAT

TIPO CONTRATO
EVENTO
REGIMEN
OTRO REGIMEN

VIA DE INGRESO
HOSPITALIZACION
ORDEN SS 181423,181561
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
2024.06.14 - 00:24 2024.06.18 - 09:49

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO
EDAD : 14 Años Dias estancia 1
DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS COLOMBIA TELEFONO: 3202741679

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13580	OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE	17-Jun-2024	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	810,500	810,500
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	17-Jun-2024	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	472,100	472,100
39123	GRUPO 12	17-Jun-2024	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	221,200	221,200
39214	GRUPO 12	17-Jun-2024	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,299,000	1,299,000
39304	GRUPOS 10 11 12 13	17-Jun-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
13561	REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE	17-Jun-2024	39004	4	06	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	237,900	237,900
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	17-Jun-2024	39104	4	06	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	141,200	141,200
39117	GRUPO 06	17-Jun-2024	39117	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	62,100	62,100
39208	GRUPO 06	17-Jun-2024	39208	4		72.50%	4-DER.SALA	CLF	1	462,800	462,800
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	17-Jun-2024	39305	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	71,700	71,700
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						4	346,900	1,387,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
026203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 22								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
	VENDA ALGODON 6X6								2	4,700	9,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								48	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 4								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE								1	78,130	78,130
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
790906	VENDA YESO DE 6X5								2	10,800	21,600
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0

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 DE COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023-12-21 por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: 28371989756a104b164e21866433a0def262fb1da278073218c115772fed296b87def7698f0d4d027383fa78eb26709

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

¡Recibido!
10 de Septiembre del 2024
203012225

50

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.06.09	11:27:05	2024.09.08

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62650

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | HOSPITALIZACION
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 181423,181561
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2024.06.14 - 00:24 | 2024.06.18 - 09:49

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO | EDAD : 14 Años | Dias estancia 1
DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS COLOMBIA | TELEFONO: 3202741879

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
13580	OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE	17-Jun-2024	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	810,500	810,500
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	17-Jun-2024	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	472,100	472,100
39123	GRUPO 12	17-Jun-2024	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	221,200	221,200
39214	GRUPO 12	17-Jun-2024	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,299,000	1,299,000
39304	GRUPOS 10 11 12 13	17-Jun-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
13661	REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE	17-Jun-2024	39004	4	06	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	237,900	237,900
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	17-Jun-2024	39104	4	06	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	141,200	141,200
39117	GRUPO 06	17-Jun-2024	39117	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	62,100	62,100
39208	GRUPO 06	17-Jun-2024	39208	4		72.50%	4-DER.SALA	CLF	1	452,800	452,800
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	17-Jun-2024	39305	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	71,700	71,700
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						4	346,900	1,387,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 22								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								48	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 4								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE								1	78,130	78,130
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
790906	VENDA YESO DE 6X5								2	10,800	21,600
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0

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

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

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

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

Cufe: 2837989756a104b164e21866433a0def262fb1da278073218c115772fed296b87dcf7698108a02027383fa78eb26709

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

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

50

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.09	11:27:05	2024.09.08

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62650

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								22	500	11,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	600	2,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								3	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
	CLAVOS TEN 3.5/440								2	1,545,700	3,091,400
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								8	4,892	39,136
19996775-01	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								1	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								25	3,758	93,950
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								11	2,500	27,500
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								10	3,387	33,870
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19908989-04	ACETAMINOFEN 500 MG								12	250	3,000
19960774-01	BUPIROP 0,5% PESADO AMP								1	0	0
19957766-01	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								5	0	0
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
19960016-02	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	1,200	1,200
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								1	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								30	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								30	0	0
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.17	873121		FGR				1	90,400	90,400
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2024.06.17	870001		CLF				4	209,900	839,600
OTROS											
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.15	890602		FGR				1	82,800	82,800
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.16	890602		FGR				1	82,800	82,800
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.17	4890202		FGR				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.17	890202		JHT				1	61,200	61,200

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

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

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

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

Cufe: 2837198975ba104b164e21866433a0def262fb1da27807321ac115772fed296b87def7698108a02027383fa78eb26709

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

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

49

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 ,2024.08.09	11:27:05	2024.09.08

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62650

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

VALOR BRUTO:	10,596,386	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	10,596,386

SON: DIEZ MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE.*****

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.09 11:33:34 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 28371989756a104b164e2186d433a0def262fb1da278073218c115772fed296b87dcf769810&a02027383fa78eb26709

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

48

FACTURA:	62650
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 9,475,356
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,121,030
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG):

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 62650

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
ORTIGOZA	MOLINA

1er.Nombre	2do.Nombre
KEVIN	ROLANDO

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC TI[X] AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1117821130

De: 41206 Fecha de Nacimiento: 12/03/2010 Sexo: F M[X] O

Direccion: VEREDA SAN MARCOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3202741679

Municipio: COLOMBIA Cod. 206

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

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

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

Direccion de la Ocurrencia: VIA VEREDA SAN MARCOS A VEREDA SANTANA

Fecha Evento/Accidente: 13/06/2024 Hora: 13:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: COLOMBIA Cod. 206 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA UDC60G QUIEN PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: BAJAJ Placa: UDC60G

Tipo de Vehiculo: Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: ATI501

Poliza SOAT No 8118641300

Vigencia de la Poliza: Desde: 05/10/2023 Hasta: 04/10/2024

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

53

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
VARGAS	HERNANDEZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ANA	MARIA

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1075296221

Direccion: VEREDA SAN MARCOS

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: COLOMBIA **Cod.** 206 **Telefono:** 3138431723 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
QUITUMBO	GUEJIA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
NILSON	ARNULFO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1123142882

Direccion: VEREDA SAN MARCOS

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3138431723

Municipio: COLOMBIA **Cod.** 206

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: 13/06/2024 a las 19:22

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ **Codigo de inscripcion:** 412060043301

Direccion: CARRERA 3 N 7 12 **Telefono:** 8319547 HUILA-COLOMBIA

Profesional que Remite: MIGUEL OSWALDO SALZAR RAM **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 13/06/2024 a las 19:37

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

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

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

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

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

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

Fecha de ingreso: 14/06/2024 **a las** 00:24

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

Fecha de Egreso: 18/06/2024 **a las** 09:49

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S827 FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

Diagnostico relacionado de Egreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
BAZAN	

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

Número de Registro de Medico 1061724214

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	10596386	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.14 — HORA DE INGRESO: 00:24
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.06.18 — HORA DE EGRESO: 09:49
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S827 - FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA
CONFIRMADO: S827 - FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.14-00:46:31 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA UDC60G QUIEN PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: COLOMBIA EN COMPAÑIA DE MADRE VALORADO A LAS: 00+24 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 13/06/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 13 : 30 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: MORFINA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ORTOPEDIA . AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

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

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 89 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 160 PESO: 55 IMC: 21 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.
<<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO DE MALA CALIDAD EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO , SE RETIRA EVIDENCIANDO DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLLO DERECHO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
Sin lesiones.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

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

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 11 HORAS, REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
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

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- SS LABORATORIOS
- PASAR A SALA DE YESO POSTERIOR A INMOVILIZACCION, NO MOJAR INMOVILIZACCION Y MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.06.14-01:15:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: FRACTURA TERCIO PROXIMAL TIBIA Y PERONE.

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

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

***** FECHA: 24.06.14-01:18:13 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 01:00 / 01:15 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

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

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.14-01:18:18 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:

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

*** FECHA: 24.06.14-06:46:29 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: 14/06/2024
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 6.57 %NEUTROFILOS: 66.9 % LINFOCITOS: 22.0 HEMOGLOBINA: 12.7 %HEMATOCRITO: 36.7 MCV: 83.1 MCH: 28.8 PLAQUETAS: 257.000 TIEMPOS: TP: 13.0 TPT: 28.0 INR: 1.08 CREATININA : 0.3 BUN: 7.0

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

*** FECHA: 24.06.14-07:29:33 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 PIERNA DERECHA ,
AL EXAMEN FISICO: PIERNA DERECHA EDEMA SEVERO DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO
DX: FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO
PLAN: SE HOSPITALIZA PARA TRATAMIENTO ANTIEDEMA Y LUEGO OSTEOSINTESIS

*** FECHA: 24.06.14-11:11:54 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINCAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN POR CODICIONES ACTUALES DECIDE HOSPITALIZAR, POR LO QUE SE DA EGRESO DE URGENCIAS CON DESTINO HOSTITALIZACION.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

AA

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.14-11:11:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.14-12:39:17 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE URGENCIAS, INGRESA A HOSPITALIZACION POR ORDEN DE ORTOPEDIA.

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
CONCIENTE ALERTA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 14 AÑOS QUE PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 14/06/2024 CON POSTERIOR TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, CON IMAGENES DIAGNOSTICAS QUE EVIDENCIAN FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO. VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN ORDENA HOSPITALIZAR PARA POSTERIOR PROGRAMACION DE OSTEOSINTESIS DEFINITIVA. INGRESA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 102/60 FC: 95 FR: 18 TEMP: 36.3 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes. <<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados. <<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa <<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES, SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL.

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
Sin lesiones.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

PACIENTE INGRESA A PISO POR ORDEN DE ORTOPEDIA PARA MANEJO DE DOLOR Y EDEMA TIENE PENDIENTE PROGRAMACION DE OSTEOSINTESIS, CONTINUA MANEJO INDICADO POR ESPECIALIDAD.

** CONDUCTA:
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

A2

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

EPICRISIS No. 64629

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

*** FECHA: 24.06.14-19:36:18 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

** CONDUCTA:

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE TIBIA MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE
MATERIAL DE SINTESIS ; 2 CLAVOS DE TENS DE 3.5 Y 4.0
DIA LUNES 17-06-2024
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

*** FECHA: 24.06.14-20:57:55 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN PATRON RESPIRATORIO, NO DISNEA.

AL EXAMEN FISICO:
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICOS
SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EN PLAN DE MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO PARA POSTERIOR OSTEOSINTESIS, EN EL MOMENTOSIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO.

** CONDUCTA:

A1

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

***** FECHA: 24.06.15-00:50:16 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
ANALISIS PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DESCANSA EN CAMA, NO DOLOR AGUDO. EN EL MOMENTO ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EN PLAN DE MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO PARA POSTERIOR OSTEOSINTESIS, EN EL MOMENTOSIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.06.15-06:33:47 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

1. NIEGA

SUBJETIVO: REFIERE PASÓ BUENA NOCE, NODOLOR AGUDO, NOFIEBRE NO VOMITO.

AL EXAMEN FISICO:
SIGNOS VITALES: TA: 97/44 FC: 62 FR: 20 STUACION D EOXIGENO: 99%
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICOS
SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EN PLAN DE MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO PARA POSTERIOR OSTEOSINTESIS, EN EL MOMENTOSIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO

** CONDUCTA:
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

***** FECHA: 24.06.15-09:26:27 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

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

EPICRISIS No. 64629

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

SUBJETIVO/ PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR REFIERE MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/100/50; FC/80 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.6 °C SO2: 98%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO FUNCIONAL, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUETRA ESTABLE HEMODINAMICANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, PROGRMADO PARA CIRUTIA EL DIA 17/6/2024 POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 24.06.15-15:48:34 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

SUBJETIVO/ PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR REFIEREN MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/98/52; FC/82 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 36.5 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO FUNCIONAL, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, QUIEN SE ENCUETRA ESTABLE HEMODINAMICANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.
PROGRMADO PARA CIRUTIA EL DIA 17/6/2024.

*** FECHA: 24.06.15-20:31:16 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

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

*** FECHA: 24.06.16-00:25:18 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

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

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 120/70 FR: 18 T: 36.7 FC: 72 SATO2: 96%
NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MIEMBRO INFERIOR DERECHO, INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO EDEMA BLANDO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIEDEMA Y ANALGÉSICO, EN SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA, CONSOLIDANDO MANEJO, PROGRAMADO PARA OSTEOSINTESIS EL PROXIMO LUNES 17/06/2024, EN EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, ESTABLE, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTEMICOS, POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA INTRAHOSPITALARIO. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS.

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR 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

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

***** FECHA: 24.06.16-06:36:03 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 105/60 FR: 18 T: 36.5, P: 60 SATO2: 97% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO MANEJO, PROGRAMADO PARA OSTEOSINTESIS EL PROXIMO LUNES 17/06/2024, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 24.06.16-11:39:06 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

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

EPICRISIS No. 64629

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

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

SIGNOS VITALES: TA: 100/70. FR: 18. T: 36.9. FC: 78. SATO%: 98%. GLASGOW: 15/15.
EXAMEN FISIO NORMOCEFALO HIDRATADO CONJUNTIVAS ROSADAS SIN DIFICULTA RESPITATORIA MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO MAS CABESTRILLO EDEMA BLANDO, CON NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO CON SIGNOS ESTABLE EVOLUCION ADECUADA EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIEDEMA DADA LA COMPLEJIDAD DE LA LESION CONSOLIDANDO MANEJO HOSPITALARIO, PROGRAMADO PARA OSTEOSINTESIS MAÑANA LUNES 17/06/2024,

PLAN: MANTIENE TRATAMIENTO MEDICO.

*** FECHA: 24.06.16-14:51:32 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

PACIENTE CON MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 100/62 FR: 18 T: 36.5, P: 78 SATO2: 97% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO MANEJO, PROGRAMADO PARA OSTEOSINTESIS MAÑANA LUNES 17/06/2024, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.06.16-20:37:35 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

S: TRANQUILO, DOLOR MODULADO

TA: 105/60 FR: 17 T: 36.5 FC: 72 SATO%: 98%. GLASGOW: 15/15.
EXAMEN FISIO NORMOCEFALO HIDRATADO CONJUNTIVAS ROSADAS SIN DIFICULTA RESPITATORIA MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO MAS CABESTRILLO EDEMA BLANDO, CON NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROGRAMADO EL DIA DE MAÑANA. CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

*** FECHA: 24.06.17-01:23:49 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROGRAMADO EL DIA DE HOY. CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 8, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR IV 30 MIN ANTES DE CX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV 30 MINUTOS ANTES DE CX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.17-10:15:59 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

3A

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

EPICRISIS No. 64629

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

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

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 112/71 FR: 19 T: 36.4 FC: 70 SATO2: 95%
NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MIEMBRO INFERIOR DERECHO, INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO EDEMA BLANDO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA VENTILATORIA, EL DÍA DE HOY PROGRMADO PARA EVENTO QUIURGICO, POR LO QUE SE EXPLICAN RIESGO Y BENEFICIOS DE DE INTERVENCIÓN, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
NVO.
P. LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA.

*** FECHA: 24.06.17-16:05:14 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/60 FC: 90 FR: 24 TEMP: 36.8

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PIERNA DERECHA: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA . NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PIERNA DERECHA: FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.17-16:05:02 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.17-16:05:45 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/60 FC: 90 FR: 24 TEMP: 36.8

** 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 : PIERNA DERECHA: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA . NEUROVASCULAR

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

*** FECHA: 24.06.17-17:31:29 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: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 16:00 / 16:30 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 18532
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION
MEDIAL Y LATERAL EN METAFISIS PROXIMAL DE TIBIA DERECHA .

HALLAZGOS:
FRACTURA DE TERCIO PROXIMAL DE TIBIA Y PERONE DERECHOS.

DESCRIPCION QUIRUGICA
PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA GENERAL SE PRACTICO REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE LA TIBIA MAS OSTEOSINTESIS CON 2 CLAVOS TEN 3.5/440. BAJO CONTROL DE ARCO EN C . SIENDO QUE UNO DE LOS CLAVOS SE ENTORCHO AL ROTARLO POR LOQUE FUE RETIRADO . SE LAVAN Y CIERRAN HERIDAS POR PLANOS . ENSEGUIDA SE PRACTICO REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DEL PERONE DERECHO . SE HACE CONTROL CON ARCO EN C . Y SE INMOVILIZA CON YESO INGUINOPEDICO . NO COMPLICACIONES .
ARCO EN C 4 DISPAROS .

*** FECHA: 24.06.17-17:46:13 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

** ANALISIS PLAN:
PLAN
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 1 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalizaci¢n SERVICIO: ORTOPDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.17-17:46:02 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.17-19:05:53 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE REDUCCION ABIERTA Y OSTEOSINTESIS DE TIBIA MAS REDUCCION CERRADA PERONE DERECHO , (17/06/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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.

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 115/62 FR: 18 T: 36.7 FC: 75 SATO2: 98%
NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON YESO CERRADO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, AHORA EN PÓP INMEDIATO, EN SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA QUIEN CONTINUA EN HOSPITALIZACION 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.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 8 MG IV AHORA DOSIS UNICA
, 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 SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DIETA NORMAL
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.

***** FECHA: 24.06.18-00:40:06 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

***** FECHA: 24.06.18-06:22:26 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE REDUCCION ABIERTA Y OSTEOSINTESIS DE TIBIA MAS REDUCCION CERRADA PERONE DERECHO , (17/06/2024).

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

EPICRISIS No. 64629.

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

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

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 115/65 FR: 18 T: 36.6 FC: 80 SATO2: 98%
NORMOCEFALO HIDRATADO, CUELLO MOVIL, CARDIO - CEREBRO - PULMONAR Y ABDOMEN SIN ALTERACION PELVIS ESTABLE, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON YESO CERRADO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

*** FECHA: 24.06.18-09:41:54 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE REDUCCION ABIERTA Y OSTEOSINTESIS DE TIBIA MAS REDUCCION CERRADA PERONE DERECHO , (17/06/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR ADECUADO CONTROL DEL DOLOR CON LA MEDICACIÓN NIEGA FIEBRE, TOLERA LA VÍA ORAL.

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 117/74 FR: 19 T: 36.2 FC: 74 SATO2: 97%
NORMOCEFALO HIDRATADO, CUELLO MOVIL, CARDIO - CEREBRO - PULMONAR Y ABDOMEN SIN ALTERACION PELVIS ESTABLE, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON YESO CERRADO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANÁLISIS:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS PREVIAMENTE DESCRITOS, EN POP MEDIATO SIN COMPLICACIONES, REFIERE, ADECUADA MODULACION DEL DOLOR,ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA MEDICA AMBULATORIA, CITA CONTROL AMBULATORIA, ,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.

PLAN.

EGRESO
CITA CONTROL EN 10 DIAS.
FORMULA MEDICA AMBULATORIA.
RECOMENDACIONES SIGNOS Y SEÑALES DE ALARMA.
INCAPCIDAD.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RX POP DE PIERNA DERECHA: CON EVIDENCIA DE REDUCCION PARCIAL DE FOCO DE FRCTURA, CON ADECUADA INSERCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS.

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TABLETAS DE 500 MG TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 7 DIAS TOTAL 28 TABLETAS.

IBUPROFENO TABLETAS DE 400 MG TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 7 DIAS TOTAL 14 TABLETAS.

CEFALEXINA 500 MG TAB TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 7 DIAS TOTAL 28 TABLETAS.

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 10 DIAS CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

***RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

1. DEAMBULAR CON MULETAS AXILARES.
2. NO APOYAR CON EL MIEMBRO INFERIOR OPERADO, DE HACERLO, PUEDE DAÑAR LA CIRUGÍA - SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGÉSICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFÉN Y COMPRA WINADINE F (325/8MG), TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ÚLTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
3. EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENTOS, FIEBRE, MAL OLOR DE LA HERIDA, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
4. SI TIENE ABRASIONES (RASPONES), REALICE CURACIONES CON MERCURIO CROMO O RIFOCINA POR 5 DÍAS, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMENDRAS). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRICES.
5. TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
6. NO RETIRAR NI MOJAR EL YESO. PARA EVITAR NO MOJARLO, SE RECOMIENDA, UTILIZAR UNA BOLSA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
7. SE ENTREGA FOLLETO DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA INSTITUCIONAL AL PACIENTE.

** DEL EGRESO

FECHA: 24.06.18-09:53:02 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOTICOS Y ANTECEDENTES PREVIAMENTE ANOTADOS, EN EL MOMENTO VALORADO POR ESPECIALISTA QUIEN INDICA ALTA HOSPITALARIA. 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.

26

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

EPICRISIS No. 64629

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

PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

DOC.IDENT:	TI 1117821130	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SAN MARCOS		
FCHA.NACTO:	2010.03.12	EDAD:	14 A	CIUDAD:	COLOMBIA	TEL:	3202741679
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.18-09:49:49 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2024.06.14 FIN: 2024.07.13

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S827 - FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA		

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

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 72482-47

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18532

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181561 Fecha 17/06/24

Nombre Paciente: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO 1117821130 Edad: 14 Sexo: M

Hora inicio 16:00 Hora fin: 16:30 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: SAP- SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion:SINDY CESPEDES

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S827-FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHOS	1. S827-FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
13580	OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE	FGR	1 - 1i Interv 100%
13561	REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION
MEDIAL Y LATERAL EN METAFISIS PROXIMAL DE TIBIA DERECHA .

HALLAZGOS:
FRACTURA DE TERCIO PROXIMAL DE TIBIA Y PERONE DERECHOS.

DESCRIPCION QUIRUGICA
PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA GENERAL SE PRACTICO REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE LA TIBIA MAS OSTEOSINTESIS CON 2 CLAVOS TEN 3.5/440. BAJO CONTROL DE ARCO EN C . SIENDO QUE UNO DE LOS CLAVOS SE ENTORCHO AL ROTARLO POR LOQUE FUE RETIRADO . SE LAVAN Y CIERRAN HERIDAS POR PLANOS . ENSEGUIDA SE PRACTICO REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DEL PERONE DERECHO . SE HACE CONTROL CON ARCO EN C . Y SE INMOVILIZA CON YESO INGUINOPEDICO . NO COMPLICACIONES .
ARCO EN C 4 DISPAROS .

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX PIERNA DERECHA

Intensificador de Imagen
SE USO ARCO EN C 4 DISPAROS EN PIERNA DERECHA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12402-52

CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1117821130

ADMISION N_: 181561

NOMBRE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO **Num. Id-:** TI 1117821130
FECHA NACIMIENTO: 2010.03.12 **EDAD:** 14 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.17 **HORA DE INGRESO:** 16:05:14 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.17 16:05
DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS **CIUDAD:** COLOMBIA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202741679
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** JOHANA MOLINA COMETA
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.06.17

<< REGISTRO: 16:05:14 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE DERECHO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<2024.06.14-00:46:31>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 181367
.* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2024.06.14-12:39:17>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 181423
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.06.17-15:54:01>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 181561

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2024.06.17-16:05:14>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 181561
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 13 DE JUNIO DEL 2024, REMITIDO DE COLOMBIA-HUILA

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1117821130

ADMISION N_: 181561

NOMBRE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO **Num. Id-:** TI 1117821130

FECHA NACIMIENTO: 2010.03.12 **EDAD:** 14 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.06.17 **HORA DE INGRESO:** 16:05:14 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.17 16:05

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS **CIUDAD:** COLOMBIA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202741679

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** JOHANA MOLINA COMETA

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 16:05:14 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

NUEVO

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO EL DIA 17 DE JUNIO DEL 2024

--><<2024.06.17-16:07:59>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 181561

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE DERECHO

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES TA: 100/60 **FC:** 90 **FR:** 24 **Tmp:** 36.8 **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 : PIERNA DERECHA: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA .

NEUROVASCULAR NORMAL.

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

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S827 FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

ANALISIS/PLAN

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.17-16:05:02 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1117821130

ADMISION N_: 181561

NOMBRE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO **Num. Id-:** TI 1117821130

FECHA NACIMIENTO: 2010.03.12 **EDAD:** 14 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.06.17 **HORA DE INGRESO:** 16:05:14 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.17 16:05

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS **CIUDAD:** COLOMBIA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202741679

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** JOHANA MOLINA COMETA

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX DE PIERNA DERECHA: FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2024.06.17 **HORA DE EGRESO:** 16:05:02 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.251.582
R.M. No. 124-82-82

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 181561 - 10000

NOMBRE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO C.C. -TI-RC-OTRO 1117821130
EDAD: 14 A FECHA DE NACIMIENTO: 2010.03.12 SEXO: M
DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS TELEFONO: 3202741679
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: JOHANA MOLINA COMETA TELEFONO: 3202741679

FECHA: 2024.06.17
CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN TIBIA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESI

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.06.14-00:46:31>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 181367
.* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<2024.06.14-12:39:17>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)
H.HOS: 181423
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><<2024.06.17-15:54:01>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 181561

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2024.06.17-16:05:14>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 181561
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 13 DE JUNIO DEL 2024, REMITIDO DE COLOMBIA-HUILA
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL DERECHO EL DIA 17 DE JUNIO DEL 2024

--->><<2024.06.17-16:07:59>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 181561
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE DERECHO

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 181561 - 10000

NOMBRE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO C.C. -TI-RC-OTRO 1117821130

EDAD: 14 A FECHA DE NACIMIENTO: 2010.03.12 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS TELEFONO: 3202741679

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: JOHANA MOLINA COMETA TELEFONO: 3202741679

EXAMEN FISICO:

PA: 128/62 **FC:** 89 **FR:** 21 **PESO:** 60 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

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

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

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
FERULA DE YESO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO POR FRACTURA DE TIBIA Y PERONE

OTROS:
SIN ALTERACION

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

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

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

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S827
FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

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

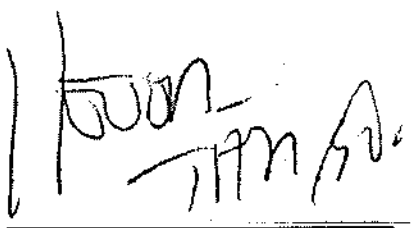
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.06.17 **HORA:** 13:20:55

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
Ortega	Tolosa	Leon Manuel	11-782-175

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
17 6 24	14	H ☐ M ☐	1,52	45.	1 (2) 3 4 5 U

SERVICIO: X | 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: Fx del femur

OPERACION PROPUESTA: Osteosintesis

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

1 2

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA DIENTES N CUELLO N

IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: No relevantes

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
✓	GENERAL

NECESITA SANGRE: NO c.c. PREMEDICACION: NO

ESTADO PSICOLOGO: Normal

FIRMA:

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: C

REPARACION: E A C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION: OV

CONCIENCIA: OK

DIURESIS: OK

SENSIBILIDAD: OK

PIEL: Normocolorada

HEMORRAGIA:

REFLEJOS:

MOTILIDAD:

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: 1600

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

TOTALES

COMENTARIOS: INGRESA USUARIO A SALA DE RECUPERACION BAJO ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejor

FIRMA:

18

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 ____ AGUJA ____

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____
I NT No ____
E OT No ____
E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM.

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6
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 / CODIGO

QUIRUCORE SAS

NIT 901.695.273-4

CALLE 18A 6 37
(057) 3011356726
Neiva - Colombia
quirucoresas@gmail.com

Factura electrónica de venta

N°: FEQ 534

Fecha y hora Factura

Generación	20/06/2024, 15:27
Expedición	20/06/2024, 15:27
Vencimiento	04/08/2024
Vendedor	Claudia Aguilar
Centro de costo	0
Cotización	

Cliente: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Nit: 800.110.181-9
Teléfono: (608) 8756349
Dirección: CALLE 18 6-65
Ciudad: Neiva - Colombia
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Ítem	Código	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.
1	QC-PZ-17-CTT-3.5/440	CLAVOS TEN 3.5/440		2.00	1,545,700.00	3,091,400.00	3,091,400.00	0 %	0.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Tres millones noventa y un mil cuatrocientos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-08-04 por $ 3,091,400.00

Total Bruto	3,091,400.00
Total a Pagar	3,091,400.00

Observaciones:
PACIENTE: ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO
ID PACIENTE: 1.117.821.130
EDAD: 14 AÑOS
CIRUJANO: DR GARCIA

FAVOR REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA BANCO BANCOLOMBIA CTA AHORROS No 944-000057-12 A NUESTRO NOMBRE.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764067931523 aprobado en 20240326 prefijo FEQ desde el número 415 al 1000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4773 Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos especializados Tarifa 3.5

Elaborado por

Firma recibido

CUFE:
44a3623caf98efaf25bc07567fc6e35ac3ad9e30a155cae60b466917673f2ed68247b30fb55104fb97f9e1e056f843d6

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sigo SAS - Nit:830548345-8. Nombre Software: Sigo Notas. Firma electrónica: ver en el XML

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,16-Jul-2024 15:53:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** AMBULATORIA	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.06.1	13:00
001 0 SOAT	OTRO REGIMEN	14 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO	1 NIVEL I		COLOMBIA	VEREDA SAN MARCOS	3202741679

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.17	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.06.17	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.06.17	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	30.00
2024.06.17	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	30.00
2024.06.17	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.06.17	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	LYC	5.00
2024.06.17	ROP	PESADO	BUPIROP 0,5% PESADO AMP	LYC	1.00
2024.06.17	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.06.17	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	LYC	1.00
2024.06.17	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	LYC	1.00
2024.06.17	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	4.00
2024.06.17	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 4	LYC	1.00
2024.06.17	KR	MASCARA	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE	LYC	1.00
2024.06.17	BRA	SPINOCAN	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN	LYC	1.00
2024.06.17	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LYC	1.00
2024.06.17	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LYC	1.00
2024.06.17	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.06.17	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LYC	1.00
2024.06.17	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LYC	1.00
2024.06.17	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	300.00
2024.06.17	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	300.00
2024.06.17	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.06.17	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.06.17	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LYC	2.00
2024.06.17	MAS	VENDA DE	VENDA YESO DE 6X5	LYC	2.00
2024.06.17	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	3.00
2024.06.17	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	8.00
2024.06.17	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.06.17	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	2.00
2024.06.17	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	2.00
2024.06.17	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	2.00
2024.06.17	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	2.00
2024.06.17	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	2.00

PACIENTE: 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO **EDAD:** 14

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS **TELEFONO:** 3202741679

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-63663 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.13 **N° POLIZA:** 8118641300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 14 de junio de 2024						
12:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	DIS1	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	DIS1	
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
18:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
20:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	MFV1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFV1	
				TOTAL SUMINISTRADO:	14.00	
FECHA DEL CONTROL : sábado, 15 de junio de 2024						
00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	CPM1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CPM1	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	CPM1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CPM1	
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
12:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MFV1	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFV1	
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
18:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	

PACIENTE: 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO **EDAD:** 14

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS **TELEFONO:** 3202741679

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63663 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.13 **Nº POLIZA:** 8118641300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
20:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	DIS1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 34.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 16 de junio de 2024

00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	MFA
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1
12:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	CPM1
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	CPM1
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA
18:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA
20:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	MFA
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA

TOTAL SUMINISTRADO: 34.00

FECHA DEL CONTROL : lunes, 17 de junio de 2024

00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DIS1
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1

PACIENTE: 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO **EDAD:** 14

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS **TELEFONO:** 3202741679

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

Nº SINIESTRO: 2SI-1-63663 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.13 **Nº POLIZA:** 8118641300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DIS1	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	DIS1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DIS1	
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
12:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MFV1	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		DIA	MFV1	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFV1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	MFV1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
20:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	CPM1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CPM1	
20:00:00	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 40.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 18 de junio de 2024

00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	MFA
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1
08:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	DIS1
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1

PACIENTE: 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO **EDAD:** 14

DIRECCION: VEREDA SAN MARCOS **TELEFONO:** 3202741679

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63663 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.13 **Nº POLIZA:** 8118641300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO

TOTAL SUMINISTRADO: 23.00

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.07.16
HORA:	15:53:31
PAGINA No:	1

Numero: 90618 Fecha Ex. 17/06/24 Hora 15:00
Nombre Paciente: 1117821130 ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO
Dirección: VEREDA SAN MARCOS Telefono:3202741679 Edad:14 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha a través de bandas de yeso observándose fracturas del tercio proximal de tibia y peroné moderadamente diastasadas y desplazadas.
La fractura tibial se advierte fijada con elementos de osteosíntesis metálica (clavo intramedular).

FIRMA

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

HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMÉNEZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011706
Carrera 3 # 7-68

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10007558
Historia Clínica No.
1117821130

Fecha de remisión jueves, 13 de junio de 2024 **Institución a la que se contrarremite** 410010019401
Razon Social HOSPITAL DEPARTAMENTAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
KEVIN ROLANDO ORTIGOZA MOLINA	TI No. 1117821130	03 - dic. - 2010	COLOMBIA	HUILA	COLOMBIA	13 años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
SAN MARCOS RURAL	3202741679	HUILA	COLOMBIA	R

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

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

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

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	jueves, 13 de junio de 2024	**Fecha de Egreso:**	jueves, 13 de junio de 2024
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	19:22	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Urgente

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
paciente masculinod ede 13 años de edad, residente en Vereda , estudiante

His.Enfermedad Actual:
paciente de 13 años de edad, se recibe llamado aproximadamente a las 14:40 , para solicitud de ambulancia, por accidente de transito, refiere que se desplazaba en motocicleta en calidad de parrillero via Vereda San Marcos hacia Vereda Santana en Colombia Huila cuando conductor pierde el control y se caen ocasionando, fractura cerrada de miembro Inferior derecho a nivel de tercio proximal de tibia, con posterior dolor e incapacidad para apoyar, no sangrado, manejo en el lugar con inmovilización con cartón y madera, posteriormente es traslado a ESE Ana Silvia Maldonado Jimenez en Ambulancia y acompañado por personal de tripoulacion y Madre Jhoany Molina Cometa, niega traumas en otros órganos, refiere dolor , niega fiebre, niega alteración de la conciencia, u otros síntomas.

PATOLOGICOS
- No refiere
FARMACOLOGICOS
- No refiere
HOSPITALARIOS
- No refiere
QUIRURGICOS
- No refiere
TRAUMATICOS
- No refiere
TOXICOS
- No refiere
ALERGICOS
- No refiere

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: lo referido - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

Presión Arterial: 100 / 69 //Frecuencia Cardiaca: 82 //Temperatura: 36,9 //Frecuencia Respiratoria: 22 //Peso: 56 //Talla: 159 //I.M.C.: 22,1510225070211 - //Saturación de Oxígeno: 98

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: Al examen físico paciente alerta, conciente y orientado en tiempo espacio y persona hemodinámicamente estable, en buenas condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normocéfalo, no se palpan hematomas en craneo, no fracturas de huesos de craneo,no signo de mapache, no signo de battle, , hidratadas sin signos de deshidratación.
Cuello móvil sin masas ni adenopatías. *Ocular: pupilas isocoricas normoreactivas. *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos,

10

HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMÉNEZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011706
Carrera 3 # 7-68

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10007558
Historia Clínica No.
1117821130

ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias, no irritacion peritoneal *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: no lesiones *Genitourinario: no se evalua *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada, glasgow 15/15 *Psiquiátrico: Normal

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

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

Plan o Conducta a Seguir

Ingreso
LEV SSN 0,9% a 60 cc hora
Morfina 2 mg IV dosis unica
Inmovilizacion con ferula de yeso muslopedica en miembro inferior derecho
control de SV y avisar cambios
Vigilar alteración de conciecia, sangrado por algun orificio.

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Dx. Ingreso (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA
- Dx. Relacionado1: (S829)FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA
- Dx. Salida ó Principal:(S822)FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Analisis Dx paciente de 13 años de edad, se recibe llamado aproximadamente a las 14:40 , para solicitud de ambulancia, por accidente de transito, refiere que se desplazaba en motocicleta en calidad de parrillero via Vereda San Marcos hacia Vereda Santana en Colombia Huila cuando conductor pierde el control y se caen ocasionando, fractura cerrada de miembro inferior derecho a nivel de tercio proximal de tibia, con posterior dolor e incapacidad para apoyar, no sangrado, manejo en el lugar con inmovilización con cartón y madera, posteriormente es traslado a ESE Ana Silvia Maldonado Jimenez en Ambulancia y acompañado por personal de tripoulacion y Madre Jhoany Molina Cometa, niega traumas en otros órganos, refiere dolor , niega fiebre, niega alteración de la conciencia, u otros síntomas, al examen físico paciente estable hemodinámicamente, glasgow 15/15, sin dificultad respiratoria, sin irritación peritoneal, se palpa perdida de la continuidad osea en miembro inferior derecho a nivel de tercio proximal de tibia, no presenta heridas, sin otros hallazgos , se conisdera ingreso a urgencias , analgesia administrar 2 mg de morfina, LEV SSN a 60 CC por hora, hemograma, inmovilización con férula de yeso muslopedica, paciente se beneficia de RX AP y lateral de miembro inferior derecho y valoracion por ortopedia , por lo cual se inicia proceso de remision, se explica a madre y paciente quien comprende y acepta.

Diagnóstico por el cual se remite: S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

CRITERIO Y JUSTIFICACION

diagnostico presuntivo de fractura de tibia de miembro inferior derecho

Resultados Exames

MIGUEL OSWALDO SALAZAR RAM
MEDICO SSO
Registro Medico No. 1081408820

Miguel Salazar

HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10023152
13/06/2024 10:40:00 PM
Historia Clínica No.
1075600032

IDENTIFICACION

Paciente :	JUAN JOSE URREA ARAGONEZ	**Identificación No.:**	TI No. 1075600032
Entidad:	EPS SANITAS SAS - EN INTERVENCIÓN B. M.T.P.	**Fecha Nacimiento:**	13 - feb. - 2012
Pais: COLOMBIA	**Departamento:** HUILA	**Ciudad:** COLOMBIA	**Edad:** 12 Años **Sexo** M
Dirección:	ANTILLAS (ANTILLAS)	**Teléfonos:**	3133750539

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha:	jueves, 13 de junio de 2024	**Hora:**	22:31	**Paciente Llega por sus propios medios?**	
Acompañante:				Sí **Cual**	
Dirección:		**Tel.**		**Estado:**	

En caso de accidente, intoxicación o violencia

Fecha:	**Hora:**
Causa Básica que origina la atención	**Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
"me arde para orinar"

Historia Enfermedad Actual
calidad de la informacion: regular
procedencia: colombia

enfermedad actual:paciente masculino de 12 años de edad sin antecedente patologico, refiere cuadro clinico que inicio el dia de hoy 13/06/2024 a las 11:00 a.m consistente en dolor en hemiabdomen inferior, asociado a disuria y pruritro en pene, niega fiebre, niega salida de secresiones, niega otros sintomas asociados.

Antecedentes

PATOLOGICOS
- madre no refiere
QUIRURGICOS
- madre no refiere
ALERGICOS
- madre no refiere

REVISION POR SISTEMAS

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FISICO

Presión Arterial: 107 / 80 //Frecuencia Cardiaca: 65 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 19 //Peso: 38.9 //Talla: 149 //I.M.C.: 17.52 //Saturacion Oxigeno: 99 //PAM: 89

EXAMEN FÍSICO
*Estado General: aceptables condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: mucosa oral semihumeda *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible, dolor a la palpacion de flanco izquierdo que se irradia a hipogastrio, no masas ni megalias, puño percusion izquierda positiva *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

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

Causa externa de la consulta: Enfermedad general

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (R103) DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN
- Relacionado1: (R102)DOLOR PELVICO Y PERINEAL
- Relacionado2: (R300)DISURIA

Analisis Dx paciente masculino de 12 años de edad sin antecedente patologico, refiere cuadro clinico que inicio el dia de hoy 13/06/2024 a las 11:00 a.m consistente en dolor en hemiabdomen inferior, asociado a disuria y pruritro en pene, niega fiebre, niega salida de secresiones, niega otros sintomas asociados. En el momento paciente hemodinamicamente estable, afebril,mucosa oral semihumeda, sin signos de bajo gasto, al examen fisico abdomen, blando depresible, dolor a la palpacion de flanco izquierdo que se irradia a hipogastrio, no masas, ni megalias, puño percusion izquierda positiva, sin otro particular, considero toma de cuadro hematico y parcial de orina, según reporte se tomaran conductas adicionales, se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

HEMATOLOGIA
Leucocitos = 5.740 V.R.: 5.00 - 10.0 U.M.: mm3
Neutrofilos = 58.0 V.R.: 55 - 70 U.M.: %
Linfocitos = 38.5 V.R.: 17 - 45 U.M.: %

Monocitos = 3.6 V.R.: 2 - 8 U.M.: %
Hemoglobina = 12.3 V.R.: 12 - 18 U.M.: g/dl
Hematocrito = 38.3 V.R.: 35 - 52 U.M.: %
Recuento Automático Plaquetas = 288.000 V.R.: 150 - 450 U.M.: mm3
Eritrocitos = 5.200 U.M.: %

UROANALISIS

Color = AMARILLO
Aspecto = Ligeramente Turbio
P.H. = 6.0
Densidad = 1015
Glucosa = Negativo U.M.: mg/dl
Proteinas = Trazas U.M.: mg/dl
Sangre = Negativo U.M.: mg/dl
Cetonas = Negativo U.M.: mg/dl
Bilirrubinas = Negativo U.M.: mg/dl
Nitritos = NEGATIVO A LA FECHA U.M.: mg/dl
Urobilinogeno = Normal U.M.: mg/dl
Leucocitos = 1-2 U.M.: Por campo
Celulas epiteliales = + U.M.: Por cruces
Hematies = 1-2 U.M.: por campo
Bacterias = Escasas U.M.: Por cruces
Moco = +
Leucocitos = NEGATIVO U.M.: Leuco/ul

nota de revaloracion:
paciente masculino de 12 años de edad en contexto de dolor abdominal en estudio asociado a sintomas irritativos urinarios. Se interpretan paraclinicos con cuadro hematico no infeccioso, no anemia, no alteracion plaquetaria, parcial de orina no patologico. En el momento paciente hemodinamicamente estable, afebril, hidrtadao, sin signos de bajo gasto al exmaen fisico dolor modulado a la plapcion sin signos de irritacion peritoneal no masas no megalias, sin otro particular. Dado lo anteiror y considerando la clinica del paciente indico manejo antibiotico empirico ambulatorio dado por sintomas irritativos urinarios, se dan recomendaciones y signo de alarma para consultar por urgencias se le explic a la madre conducta medica, refiere entender y aceptar.

Conducta a seguir: urgenicas
dieta norma
snn al 0.9% pasdar a 50cc /hora
hioscina simple admintrar 1 ampolla iv lento y diluido
tomar de cuadro hematico y parcial
control de signos vitales
avisar cambios

plan de revaloracion:
egreso
formula medica
SIGNOS DE ALARMA:
1. SI PRESENTA FIEBRE > 38°C POR MAS DE 3 DÍAS
2. SI PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR (TIENE LA NECESIDAD DE RESPIRAR MAS RÁPIDO)
3. SI PRESENTA DOLOR FUERTE EN EL PECHO
4. SI PRESENTE DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y CONTINUO
5. SI PRESENTA CONVULSIONES
6. SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO QUE NO MEJORA CON LOS ANALGESICOS
7. SI PRESENTA VOMITO PERSISTENTE MAS DE 4 VECES EN UNA HORA
8. SI PRESENTA DEPOSICIONES LIQUIDAS MAS DE 6 VECES EN UNA HORA
9. SI PRESENTA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA (ALUCINACIONES, DESMAYOS SIN RECUPERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA)
10. CUALQUIER OTRO SINTOMA QUE CONSIDERE ATENCION POR URGENCIAS

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
46232 - CAMILA ANDREA MUNAR POLANIA (MEDICINA GENERAL) Fecha: 14/06/2024 Hora: 01:08

1 - Acetaminofen Tableta 500 mg. 500 mg Tableta adminitrar 1 gramo via oral

46231 - CAMILA ANDREA MUNAR POLANIA (MEDICINA GENERAL) Fecha: 13/06/2024 Hora: 22:41

1 - Hioscina N-Butil Bromuro Simple Sol. Inyectable X 20mg/1mL. 20mg/1mL. adminitrar 1 ampolla iv ahora lento y diluido
2 - Cloruro de Sodio Solución Inyectable 0,9% Bolsa x 500 cc 0,90% Solución inyectable pasar iv a 50cc hora
3 - CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA ASISTENCIAL
4 - PARCIAL DE ORINA - ASISTENCIAL

HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10023152
13/06/2024 10:40:00 PM
Historia Clínica No.
1075600032

ATENCION ABIERTA

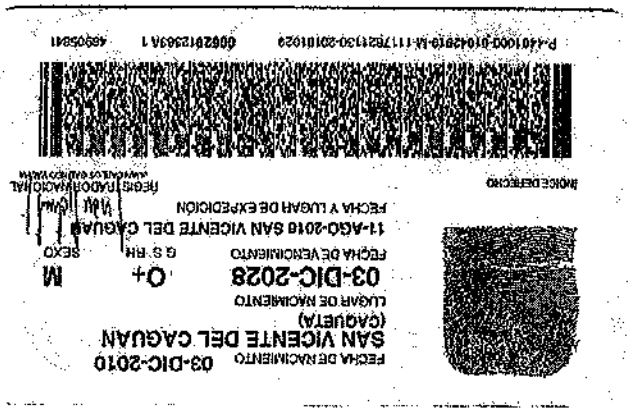
CAMILA ANDREA MUNAR POLANIA
MEDICO SSO
Registro Medico No. 1075313190
Firma profesional que da ingreso al paciente



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.117.821.130
ORTIGOZA MOLINA
APELLIDOS
KEVIN ROLANDO
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-2010
SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-DIC-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G. S. RH
M
SEXO
11-AGO-2016 SAN VICENTE DEL CAGUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

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	1123142882
NOMBRES	NILSON ARNULFO
APELLIDOS	QUITUMBO GUEJIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	COLOMBIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/06/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/14/2024 00:33:51	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

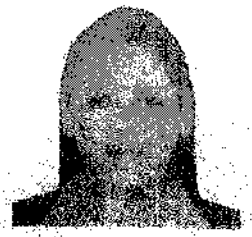
A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.075.296.221
VARGAS HERNANDEZ

ANA MARIA

Ana Maria Vargas H.





FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1996
COLOMBIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-MAY-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Dueña de la moto



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. 10030178576

PLACA: UDC60D

MARCA: BAJAJ

LINEA: DOMINAR D250

MODELO: 2024

CILINDRADA CC: 249

COLOR: GRIS PIEDRA

SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA

TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA

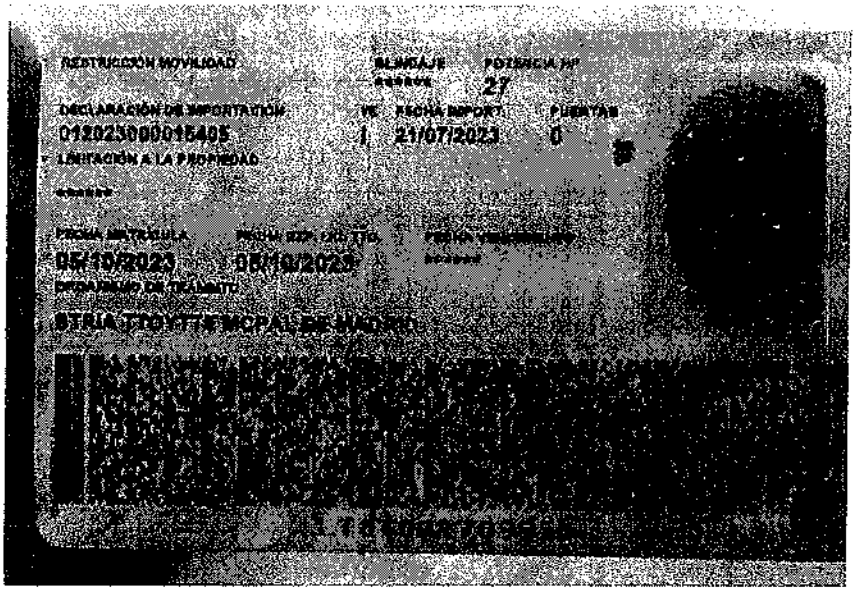
COMBUSTIBLE: GASOLINA

NUMERO DE MOTOR: JPXC6KF38408

NUMERO DE SERIE: 9KJB6KJF4RT011366

PROPIETARIO(APELLIDOS Y NOMBRES): VARGAS HERNANDEZ ANA MARIA

C.C. 1075



RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE: NO

POTENCIA HP: 27

DECLARACION DE IMPORTACION: 01202500001540S

No. 1

FECHA IMPORT.: 21/07/2023

PUERTAS: 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

FECHA MATRICULA: 05/10/2023

FECHA EXPED. LIC. TTO.: 05/10/2023

FECHA VENCIMIENTO: NO TIENE

ORGANISMO DE TRANSITO:

RUNT

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:	UDC60G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10030178976	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	DOMINAR D250
MODELO:	2024	COLOR:	GRIS PIEDRA
NÚMERO DE SERIE:	9GJB65JF4RT011306	NÚMERO DE MOTOR:	JFXCNF39406
NÚMERO DE CHASIS:	9GJB65JF4RT011306	NÚMERO DE VIN:	9GJB65JF4RT011306
CILINDRAJE:	249	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	05/10/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOYTTE MCPAL DE MADRID	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8118641300	04/10/2023	05/10/2023	04/10/2024	130	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Kevin Rolando Ortiz Molina No. Documento de Identidad 1117821130

Edad 14 Sexo M Dirección Domicilio Vda San Marcos Ciudad Colombia Teléfono 3202741674

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Nilson Arnolfo Quiñonez Cuello No. Documento de Identidad 1123142882

Edad _____ Sexo M Dirección Domicilio Vda San Marcos Ciudad Colombia Teléfono 3138431723

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca Bajaj Placa UDC60G Vehiculo Motocicleta

3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 811864300

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 13-06-2024 Hora 13:30

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Victima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor _____ Ocupante X Peatón _____	Vda vereda San Marcos a Vereda Santana

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Johana Molina Correa declaro en calidad de Madre del menor Kevin Rolando Ortiz Molina que iba como ocupante de la moto con placa UDC60G, pierden el control por el mal estado de la vía y caen sufriendo lesiones personales

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Johana Molina Correa identificado con c.c. 1117812812 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

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

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 14-06-2024 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima
Nombre

Huella

JOHANA
Firma Acompañante
Nombre

Huella

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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 08/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62650 fechada el dia 24.08.09 cuyo paciente es ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

HISTORIA No. 1117821130

GLOSA No: ZGL-1-48234 **SINIESTRO:** 62650

Recibido! 10 de Octubre del 2024 20307658

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 61200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 61200.00
DOCUMENTO ANEXO:

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

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 61200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 61200.00
DOCUMENTO ANEXO:

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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 08/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62650 fechada el dia 24.08.09 cuyo paciente es ORTIGOZA MOLINA KEVIN ROLANDO

HISTORIA No. 1117821130

GLOSA No: ZGL-1-48234 **SINIESTRO:** 62650

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

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

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

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

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

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-39130- ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 165600.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 165600.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL ARTICULO 75 DEL DECRETO 2423/96 REFIERE La consulta preanestésica y prequirúrgica de las intervenciones clasificadas en los grupos 02 y 03, la premedicación, la valoración intrahospitalaria del Cirujano previa al acto quirúrgico, los controles intra-hospitalarios y ambulatorios, posteriormente a la realización de la intervención, están incluídos en las tarifas de servicios profesionales que se reconocen por el respectivo procedimiento a los cirujanos, ginecoobstetras, anestesiólogos y demás especialistas, hasta la recuperación del paciente, considerándose como limite
máximo quince días (15).
Y NO INCLUYEN LAS EVOLUCIONES DIARIAS PREVIAS AL ACTO QUIRURGICAS, EL CUAL ES EL CASO POR LO QUE SE DEBE PROCEDER AL PAGO DE ESTAS.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-39208- GRUPO 06

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 171730.00

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 171730.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA. TODA VEZ QUE SE REALIZA UNA REDUCCION CERRADA POR TANTO SE LIQUIDAN LOS DERECHOS DE SALA TENIENDO EN CUENTA EL 45% ADICIONAL QUE FACULTA EL ART. 52 Y MATERIALES CON EL Cód. 39305 COMO INDICA EL ART. 55 Parágrafo 2 POR TRATARSE DE UN PROCEDIMIENTO INCRUENTO. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-21602- PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 629700.00

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

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

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	629700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, EL CODIGO 21602 HACE REFERENCIA AL VALOR DE CADA ESTUDIO REALIZADO ES DECIR EL VALOR DEL DISPARO. POR TANTO, SE DEBE PAGAR POR CADA DISPARO REALIZADO Y NO LA UTILIZACION DEL EQUIPO PARA TODO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, COMO ESTA ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 23 NUMERAL 6 DEL DECRETO 2423/96. DE LO CONTRARIO CITAR EN QUE ARTICULO DEL DECRETO NOS INDICA QUE SE DEBE CANCELAR POR ACTO QUIRURGICO Y NO POR DISPARO.

>> ITEM GLOSADO 6: DPM-VENDA VENDA ALGODON 6X5

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

JUSTIFICACION:
106
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

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

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 7: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	600.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

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

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE POR CRITERIO MEDICO ES DEJADO EN HOSPITALIZACION Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 8: MAS-VENDA DE VENDA YESO DE 6X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	21600.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

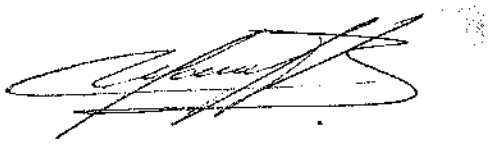
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	21600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

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

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	10,596,386.00
VALOR GLOSADO :	1121030.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1121030.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 04 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20301225	**No.**	201129	**Siniestro**	90760345	**No. Factura**	FEC162650
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	13/06/2024	**Fecha aviso**	10/09/2024	**Fecha recepción**	10/09/2024
Fecha formalización	10/09/2024	**Fecha liquidación**	30/09/2024	**Póliza**	811864130	**Vigencia**	05/10/2023 **hast** 04/10/2024
Id tomador	1075296221	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	1117821130	**Nombre**	KEVIN ROLANDO ORTIGOZA MOLINA				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	S801					**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	13580	OSTEOSÍNTESIS EN TIBIA O PERONÉ		100%	810,500	0	810,500
1	39110	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 12		100%	472,100	0	472,100
1	39123	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 12		100%	221,200	0	221,200
1	39214	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 12		100%	1,299,000	0	1,299,000
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	649,000	0	649,000
4	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	1,387,600	0	1,387,600
4	21602	PORTÁTILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIRÓFANOS)| AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	NO SE RECONOCEN 3.21602 NO DA LUGAR A COBRO, SE RECONOCE UN FLUOROSCOPIO POR PROCEDIMIENTO.	100%	839,600	629,700	209,900
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	90,400	0	90,400
2	39130	ATENCIÓN DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO	NO SE RECONOCEN 2.39130 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 7). /NO SE RECONOCEN 2.39130 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 7).	100%, 100%	165,600	165,600	0
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	13561	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA PERONÉ		100%	237,900	0	237,900
1	39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 06		100%	141,200	0	141,200
1	39117	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 06		100%	62,100	0	62,100
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	71,700	0	71,700
1	39208	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍAGRUPO 06	SE RECONOCE SALA DE REDUCCIÓN AL 45% POR SER PROCEDIMIENTO INCRUENTO.	100%	452,800	171,730	281,070
1	777100	MAOS			3,091,400	0	3,091,400
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	317,656	0	317,656
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55). NO SE RECONOCE AGUJAS		164,230	31,600	132,630

HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA. NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55). NO SE RECONOCE AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA. NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55). NO SE RECONOCE AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.

1001	Cobrado	10,596,386
1002	Obj. Parcial	1,121,030
1003	Liquidado	9,475,356

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

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

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:09:36 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. FEC162650

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
28371989756a104b164e21866433a0def262fb1da278073218c115772fed296b87def7698108a02027383fa78eb26709

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
10596386

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-08 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
77ebecf6524a138929a7a60fe8634d350c635a92129a828286b7bf6fdd2a0ac35852c941852a290ddb29aa03bef78b70

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-09 11:30:34.000 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

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:09:36 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. FEC162650

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
28371989756a104b164e21866433a0def262fb1da278073218c115772fed296b87def7698108a02027383fa78eb26709

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

CUDE:
198f8f913b8c4aed7264bbe861f78cadc25c7c18af76972eaf65f6fa1b58a23b03ccc11e891c3674fd6148d1263be325

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-09 11:35:10.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
80e8d82a5d306c72ae96f170e0b17a82ffe9bcf86dda22b548a477c1559fdd166d4facea0437d827315d3901e3713b30

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:46:52.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:09:36 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. FEC162650

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
28371989756a104b164e21866433a0def262fb1da278073218c115772fed296b87def7698108a02027383fa78eb26709

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
34e8d29568eeb649e8c8190d0c2a1b26a7e1a7d5b5a6b1ca678ef2f9c8176f7acacddd9ebc08a1a4d0d646fad6ef2241

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:47:04.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.08.17	14:32:46	2024.09.16

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62865

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 178037,178832,180527

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN		2024.04.16 - 08:40	2024.05.29 - 16:00

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 55172521 LISCANO BARRERA BELKIS MILENA EDAD : 50 Años

DIRECCION: CALLE 1B #26-24 NEIVA TELEFONO: 3174174426

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13500	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE TIBIA O PERONE	29-May-2024	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	526,700	526,700
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-May-2024	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	301,200	301,200
39120	GRUPO 09	29-May-2024	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	144,000	144,000
39211	GRUPO 09	29-May-2024	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	871,200	871,200
39303	GRUPOS 07 08 09	29-May-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
13513	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN PIERNA, TOBILLO O PIE	29-May-2024	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	121,000	121,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-May-2024	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	79,100	79,100
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	78,130	78,130
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	VENDA ALGODON 5X5								1	4,100	4,100
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								2	4,800	9,600
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								1	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
MEDICAMENTOS											

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2024-12-17 por una vigencia de: 12 Meses

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

Recibido!
10 de Septiembre del 2024
20301228

48

Cufe: cf39c940ed68df1bf771c418cab2d77ea2c898d04932447a9f06ec8d9f5e6b8f8632d7a5f2ba0ac000ddd15cdf5122

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.385.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit: 900.399.126 - 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 ,2024.08.17	14:32:46	2024.09.16

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62865

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 178037,178832,180527

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2024.04.16 - 08:40	2024.05.29 - 16:00

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 55172521 LISCANO BARRERA BELKIS MILENA EDAD : 50 Años

DIRECCION: CALLE 1B #26-24 NEIVA TELEFONO: 3174174426

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13500	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE TIBIA O PERONE	29-May-2024	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	526,700	526,700
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-May-2024	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	301,200	301,200
39120	GRUPO 09	29-May-2024	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	144,000	144,000
39211	GRUPO 09	29-May-2024	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	871,200	871,200
39303	GRUPOS 07 08 09	29-May-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
13513	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN PIERNA, TOBILLO O PIE	29-May-2024	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	121,000	121,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-May-2024	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	79,100	79,100
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	78,130	78,130
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1.1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	VENDA ALGODON 5X5								1	4,100	4,100
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								2	4,800	9,600
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
	COMPRESAS ESTERILES ULTRAMED								1	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
MEDICAMENTOS											

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 900.110.181-9

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

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

Cufe: cf39c940cd68df1bf771c418cab2d77ea2c898d04932447a9f06ec8d9f5e6b8f86323d7afe2da91ac000ddd15cdf5122

48

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 ,2024.08.17	14:32:46	2024.09.16

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62865

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								150	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								4	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								150	0	0
19960774-01	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP								1	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								44	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	DIPIRONA X 1 G. AMPOLLA								2	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								29	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.30	873206		FGR				1	69,700	69,700
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.05.29	890202		FGR				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.05.29	890202		JHT				1	61,200	61,200
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.04.16	890302		FGR				1	71,500	71,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.04.30	890302		FGR				1	71,500	71,500

VALOR BRUTO:	2,911,130	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,911,130

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS ONCE MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.17 02:38:50 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

42

Cufe: cf39c940ed68df1bf771c418cab2d77ea2c898d04932447a9f06ec8d9f5e6b8f86323d7afe2da91ac000ddd15cdf5122

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:	62865
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,775,030
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 136,100
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG

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

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 62865

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
LISCANO	BARRERA

1er.Nombre	2do.Nombre
BELKIS	MILENA

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 55172521

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 14/03/1974 Sexo: F[X] M O

Direccion: CALLE 1B #26-24

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3174174426

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	
	Otros [ ]	Cual?					

Direccion de la Ocurrencia: CALLE 2 CON 1G

Fecha Evento/Accidente: 27/04/2023 Hora: 18:09

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 TML10D 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: TML10D

Tipo de Vehiculo:												
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]		
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]		
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]		

Codigo Aseguradora: AT1501

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8088455900

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 05/10/2022 Hasta: 04/10/2023

51

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
BERNAL	LISCANO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DERLY	JULIETH

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1075290059

Direccion: CALLE 1B #26 24

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3174174426 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
LISCANO	BARRERA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
BELKIS	MILENA

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 55172521

Direccion: CALLE 1B #26-24

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3174174426

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:** **Placa Ambulancia:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

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

Fecha de ingreso: 16/04/2024 **a las** 08:40

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 29/05/2024 **a las** 16:00

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Diagnostico relacionado de Egreso

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
JOHN	HAGLER
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
ROMERO	ABRIL

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 93239540

N·mero de Registro de Medico 675/10

50

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2911130	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y 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 asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 57116

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.04.27 — HORA DE INGRESO: 18:52
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.04.27 — HORA DE EGRESO: 23:43
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S909 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.04.27-19:07:57 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA TML10D COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN INGRESA EN COMPAÑÍA DE PERSONAL APH DE AMBULANCIA DE LA EMPRESA PREMEDIC, SE ATIENDE USUARIO A LAS 19:00. USUARIA QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUTORA DE MOTOCICLETA MINUTOS ANTES DEL INGRESO A ESTA INSTITUCIÓN, REFIERE QUE EN EL MOMENTO PRESENTA: DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DEREHCO DESDE CADERA HASTA PIE, PACIENTE MANIFIESTA QUE NO HA PRESENTADO PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA DOLOR PRECORDIAL, REFIERE DIURESIS PRESENTE.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN RECOMENDACIONES DEL MINSALUD Y LA OMS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 125/69 FC: 68 FR: 19 TEMP: 36.9 PESO: 68 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCÉFALO. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES, PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS A LAS LUZ, NO HAY LESIONES EN CÓRNEA, NI EN CONJUNTIVAS, SIN OTORRAGIA.
<<CUELLO>>
MOVIMIENTOS CERVICALES CONSERVADOS. SIN DOLOR, SIN DEFORMIDAD.
<<TORAX>>
RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESONANTES, SIN SOBREAGREGADOS, MV CONSERVADO EN ACP, NO HAY ENFISEMA, NO HAY CREPITACIÓN, NO HAY DEFORMIDAD, EXPANSIÓN DE TÓRAX NORMAL.
<<ABDOMEN>>
RSIS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS.

LL6

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

EPICRISIS No. 57116

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<GENITOURINARIO>>
NO SE VALORA.
<<PELVIS>>
ESTABLE, SIN DOLOR, PELVIS ESTABLE.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON DOLOR Y LIMITACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE CADERA DERECHA, ADEMAS CON CON DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RODILLA DERECHA, TAMBIEN PRESENTA DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE TOBILO DERECHO, NO TOLERA EL APOYO, NI LA MARCHA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR 2 SEG.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, PINRAL, ORIENTADO, LENGUAJE CLARO, COHERENTE, FLUIDO. GLASGOW 15/15.
<<PIEL>>
SIN ALTERACIONES.
<<FANERAS>>
SIN ALTERACIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE, CON DOLOR, CON SIGNOS VITALES DENTRO DEL RANGO DE LA NORMALIDAD, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, CON BUENA PERFUSIÓN, PACIENTE QUE SUFRE POLITRAUMATISMO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ACTUALMENTE NO PRESENTA DETERIORO NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15, SIN PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA EN EL ACCIDENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, PTE CON BUENA HIDRATACIÓN, TOLERANDO LA VÍA ORAL, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, DECIDO ORDENAR: ANALGESIA, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS, PENDIENTE NUEVA VALORACIÓN CON RESULTADOS.

SE SOLICITA VALORACIÓN POR:
ORTOPEDIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CADERA DERECHA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

ADMINISTRAR: DICLOFENAC 75 MG IM AHORA.
TRASLADAR A SALA DE RAYOS X PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS.
VALORAR CON RESULTADOS.
VIGILAR SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS.

45

**** DE LA EVOLUCION**

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

EPICRISIS No. 57116

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.04.27-19:28:47 MEDICO: / (JEFE ENF. VAC - VALENTINA ARIAS CASAS - C.C. 1075319972 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 19:08 / 19:10 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA ARIAS CASAS

*** 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 Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE EL JEFE DE TURNO ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG IM EN GLUTEO DERECHO Y SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

*** FECHA: 23.04.27-20:12:15 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CADERA DERECHA: ARMONÍA ARTICULAR CONSERVADA, SIN TRAZOS DE FRACTURAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: ARMONÍA ARTICULAR CONSERVADA, SIN TRAZOS DE FRACTURAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: SE EVIDENCIA FRACTURA DE PERONE DISTAL.

*** FECHA: 23.04.27-20:16:23 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 20:05 / 20:15 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JOHN HAGLER ROMERO ABRIL

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

SE LE EXPLICA AL PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA, SE REALIZA LIMPIEZA DE LA ZONA Y SE DESCARTA LA PRESENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS. SE CUBRE REGION SUROPEDICA DERECHA CON VENDAJE DE ALGODÓN Y SE INMOVILIZA CON FERULA POSTERIOR DE YESO, SE FIJA CON VENDAJE ELÁSTICO, SE ESPERA FRAGUADO DEL YESO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE EL CUIDADO DE LA INMOVILIZACIÓN.

44

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

EPICRISIS No. 57116

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.04.27-20:16:36 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - 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
SE LE EXPLICA AL PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA, SE REALIZA LIMPIEZA DE LA ZONA Y SE DESCARTA LA PRESENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS. SE CUBRE REGION SUROPEDICA DERECHA CON VENDAJE DE ALGODÓN Y SE INMOVILIZA CON FERULA POSTERIOR DE YESO, SE FIJA CON VENDAJE ELÁSTICO, SE ESPERA FRAGUADO DEL YESO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE EL CUIDADO DE LA INMOVILIZACIÓN.

*** FECHA: 23.04.27-23:39:17 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO, ACTUALMENTE PRESENTA: DOLOR PARA LA MOVILIZACIÓN DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO, AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR PARA LA MOVILIZACIÓN DE CADERA, RODILLA Y TOBILLO DERECHO, PRESENTA PUNTO DE MAYOR DOLOR Y LIMITACIÓN EN TOBILLO DERECHO, TIENE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DONDE SE: EVIDENCIA FRACTURA DE PERONE DISTAL, EN EL MOMENTO EL PACIENTE SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL, USUARIA CON COMPROMISO OSEO DE CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS, SE LE EXPLICA CLARAMENTE A LA USUARIA QUE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SUS PRO Y CONTRAS, LA USUARIA ENTIENDE PERO MANIFIESTA QUE RECHAZA EL MANEJO QUIRÚRGICO , SE LE EXPLICAN LO BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO, SIN EMBARGO LA USUARIA MANIFIESTA QUE NO DESEA REALIZARSE DICHO PROCEDIMIENTO, TENIENDO EN CUENTA SE INDICA MANEJO ORTOPÉDICO CONSERVADOR CON FERULA DE YESO.

DX: FRACTURA DE PERONÉ DISTAL DERECHO.

PLAN:
CONTINUA CON INMOVILIZACIÓN.
SALIDA.
ANALGESIA.
CONTROL AMBULATORIO EN 15 DÍAS.
INCAPACIDAD POR: 30 DÍAS.

*** FECHA: 23.04.27-23:42:58 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE, HIDRATADA, TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, BIEN PERFUNDIDA, PACIENTE VALORADO POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA QUIEN POSTERIOR AL EXAMEN FÍSICO Y REVISIÓN DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS SE CONFIRMA LA PRESENCIA DE COMPROMISO ÓSEO CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA, SIN EMBARGO LA USUARIA POSTERIOR A LA EXPLICAICON DEL PROCEDIMIENTO SUS PRO Y CONTRAS REFEIRE QUE NO SE QUIERE REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO RAZON POR LA CUAL EL SERVICIO DE ORTOPEDIA DECIDE INDICAR MANEJO CONSERVADOR CON IMOVILIZACION, PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA, CON MODULACIÓN ADECUADA DEL DOLOR, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE ALARMA, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE

43

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

EPICRISIS No. 57116

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15 SE LE EXPLICA A LA PACIENTE SU ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR. SE LE DAN RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE SUS CUIDADOS EN CASA, BUENOS HÁBITOS DE VIDA, ALIMENTACIÓN ADECUADA, SE ORDENA TTO AMBULATORIO, SE LE COMENTAN SIGNOS DE ALARMA (DOLOR ABDOMINAL INTENSO, DOLOR TORÁCICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, ANURIA, FIEBRE PERSISTENTE, CONVULSIONES, PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUERZA) POR LOS CUALES DEBE ASISTIR DE NUEVO AL SERVICIO DE URGENCIAS.

** PLAN DE MANEJO:
** ORDENES MEDICAS:

CONTROL CON ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA EN 15 DÍAS. DR. CUERVO. SOLICITAR CITA CON ANTERIORIDAD SOLICITAR CITA CON ANTERIORIDAD A LOS TELÉFONOS: 6088756349 - 6088753436, WHATSAPP: 3168766202 O PRESENCIAL.

SE DECIDE DAR EGRESO, SE ORDENA Y EXPLICA TTO AMBULATORIO. SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS EN CASA, SE RECOMIENDA REPOSO, BUENOS HÁBITOS DE VIDA, ALIMENTACIÓN ADECUADA.

SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE INMEDIATO:

- DOLOR INTENSO EN QUE NO MEJORA CON EL TRATAMIENTO QUE SE LE HA ORDENADO.
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR.
- SI ALREDEDOR DEL ÁREA AFECTADA PRESENTA: SECRECIÓN PURULENTA, COLOR ROJIZO, SI SE PALPA CALIENTE, MUY DOLOROSA A LA PRESIÓN, SANGRADO QUE NO SE CONTROLE FÁCILMENTE.
- FIEBRE PERSISTENTE.
- DOLOR ABDOMINAL INTENSO.
- DOLOR INTENSO EN TÓRAX,
- CEFALEA INTENSA.
- PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.
- NÚMEROS EPISODIOS DE VÓMITO.
- ANURIA (ORINAR MENOS DE 100 CC DURANTE 24 HORAS).

SE RECOMIENDA REPOSO.

** CUIDADOS DE VENDAJE**

- MANTENGA EL VENDAJE SECO Y LIMPIO.
- UTILICE UNA BOLSA RESISTENTE AL AGUA PARA EVITAR MOJAR LA INMOVILIZACIÓN MIENTRAS SE DUCHA.
- SI HAY SENSACIÓN DE PRESIÓN CONSULTE AL MÉDICO.
- OBSERVE FRECUENTEMENTE LA PIEL ALREDEDOR DE LA INMOVILIZACIÓN, SI HAY ENROJECIMIENTO, CAMBIOS DE COLORACIÓN, SALIDA DE LÍQUIDO O MAL OLOR, CONSULTE AL MÉDICO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

42

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

EPICRISIS No. 57116

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG
TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS.

IBUPROFENO TAB X 400 MG.
TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS (CON EL ESTÓMAGO LLENO).

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.04.27-23:43:44 MEDICO: / (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.04.27-23:43:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S824 - FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE		
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

TLM. 1118849376
MEDICO GENERAL

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

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

EPICRISIS No. 57183

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.05.02 — HORA DE INGRESO: 08:54
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.05.29 — HORA DE EGRESO: 16:00
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S826 - FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO
CONFIRMADO: S826 - FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.05.02-09:04:32 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

"ME DUELE EL TOBILLO, NO ME PUEDEN OPERAR?"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 49 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 27/04/2023 CON TRAUMA EN TOBILLO DERECHO, DOCUMENTANDOSE FRACTURA DE PERONE DISTA DERECHO, VALORADO POR ORTOPEDISTA DR CUERVO QUIEN INDICA MANEJO QUIRURGICO INICIALMENTE RECHAZADO POR LA PACIENTE, ACUDE REFIRIENDO EPISODIOS DE DOLOR, QUE CEDEN PARCIALMENTE CON LA MEDICACION , SOLICITA INTERVENCION QUIRUGICA. AHOR REIFERE HABER CONSUMIDO DOS DOSIS DE IBUPROFENO CON CONTROL PARCIAL DEL DOLOR.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 112/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: INGRSA CON FERULA DE YESO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO NORMOPOSICIONADA Y FUNCIONAL, EDEMA BLANDO, EQUIMOSIS EN BRAZOS EN RESOLUCION. NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, POR DOLOR EN RELACION A FRACTURA YA CONOCIDA, SE INDICA MANEJO MEDICO. SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS/ HEMOGRAMA, PT, PTT, GLUCOSA BUN Y CREATININA

** PLAN DE MANEJO:
PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA
-SS/ PARACLINICOS
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

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

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 23.05.02-09:33:08 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON FRACTURA LUXACION DE TOBILLO DERECHO . REINGRESA PARA PROGRAMACION QUIRURGICA QUE NO HABIA ACEPTADO .
AL EXAMEN FISICO: TOBILLO DERECHOI EDEMA TOLERABLE DEFORMIDAD Y DOLOR EN CARA LATERAL . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CON DUBLUXACION DE TOBILLO DERECHO
DX: FRACTURA LUXACION DE TOBILLO DERECHO
PLAN: SE PROGRAMA PARA CIRUGIA

** PLAN DE MANEJO:

39

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

EPICRISIS No. 57183

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE TOBILLO DERECHO
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS TERCIO DE CAÑA BLOQUEADAS
DIA JUEVES 4-05-2023
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

*** FECHA: 23.05.02-10:51:29 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEUCO: 5960 N%: 73.2 L%: 20.2 HB: 15.1 HCTO: 44.8 PQT: 253000
GLUCOSA: 95
BUN: 11 CR: 0.6
PT: 13.1 PTT: 31.9 INR: 0.94
PARACLINCIOS DENTRO DE LIMITES NORMALES

*** FECHA: 23.05.02-10:54:21 MEDICO: / (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE EGRESA PACIENTE CON LAS RESPECTIVAS INDICACIONES MEDICAS.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

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

** OTROS:

CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA, APLICAR HIELO LOCAL, ELEVAR EXTREMIDAD AFECTADA EN LA NOCHE, NO MOJAR NI RETIRAR EL YESO. RECLAMAR LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES

** ORDENES MEDICAS:

ASISTIR LE 04/05/2023 11 AM A SERVICIO DE HOSPITALIZACION
ANUNCIARSE EN RECEPCION
TOMAR UN DESAYUNO ANTES DE LAS 6 AM ESE DIA, LUEGO NO COMER NI BEBER NADA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 3, VIA: ORAL

38

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS, LUEGO SOLO EN CRISIS DE

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DOLOR. TOMAR CON EL ESTOMAGO LLENO, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

*** FECHA: 23.05.02-10:55:22 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
NOTA ACLARATORIA: LAS DOS VALORACIONES MEDICAS INMEDIATAMENTE ANTERIORES CORRESPONDEN A DRA ALICIA ROA: REALIZADAS CON USUARIO INCORRECTO

*** FECHA: 23.05.02-10:55:36 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.02-10:55:25 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.05.04-11:15:47 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:
INGRESA PACIENTE PARA CX. PROGRAMADA.

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL E HIDRATADO.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE TRAUMATICO (ACCIDENTE DE TRANSITO) 27/04/2023 CON POSTERIOR FRACTURADE PERONE DISTAL ; EL DIA DE HOY INGRESA PARA CORRECCION QX. DE LA MISMA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 123/75 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>

NORMOC<<CUELLO>>
MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.

37

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

EPICRISIS No. 57183

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<TORAX>>
SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES <<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES. <<GENITOURINARIO>>
DIURESIS PRESENTE.
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO MASAS NI MEGALIAS.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO + VENDAJE ELASTICO + , CON BUENA PERFUSION DISTAL Y LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS. <<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.
<<PIEL>>
NORMAL.
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EVOLUCION:
PACIENTE INGRESA A PISO PROGRAMADO PARA OSTEOSISNTES DE TOBILLO DERECHO , DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE CARGAN ORDENES MEDICAS PRE-QX, SIN CONTRAINDICACION DEL PROCEDIMIENTO EN EL MOMENTO, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEUCO: 5960 N%: 73.2 L%: 20.2 HB: 15.1 HCTO: 44.8 PQT: 253000
GLUCOSA: 95
BUN: 11 CR: 0.6
PT: 13.1 PTT: 31.9 INR: 0.94
PARACLINCIOS DENTRO DE LIMITES NORMALES

** CONDUCTA:
- USO DE TAPOBOCAS PERMANENTE.
- NADA VIA ORAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CANALIZAR , BOLO DE 500 CC Y DEJAR LEV A 40 CC POR HORA, VIGILAR FLEBITIS
- CEFAZOLINA 2 GR IV PREVIO A PROCEDIMIENTO
- AMIKACINA 1 GR IV PREVIO A PROCEDIMIENTO
- DICLOFENAC 75 MG IV CADA 8 HORAS
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- PREPARACION PRE-QX
- P/ LLAMADO DE SALAS DE CIRUGIA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.

36

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 A,P IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC EN BOLO CONTINUAR A 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 24 HORAS PREOPERATORIO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV PREOPERATORIO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.05.04-15:55:56 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: EDEMA TOLERABLE DEFORMIDAD Y DOLOR EN CARA LATERAL . NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE TOBILLO DERECHO: FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CON SUBLUXACION DE TOBILLO

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

35

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.04-15:55:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.05.04-15:57:05 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: EDEMA TOLERABLE DEFORMIDAD Y DOLOR EN CARA LATERAL . NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

*** FECHA: 23.05.04-16:11:04 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: ARLEX MOSQUERA
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 15:40 / 16:10 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

34

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

OSTEOSINTESIS DE LUXO FRACTURA O FRACTURA CUELLO PIE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
CORRECCION QUIRURGICA PRIMARIA DE LESION EN LIGAMENTOS (ART87) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 15380
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIDEA TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INSICION:
LATERAL TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS :
FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CON LUXACION DE TOBILLO MAS LESION DE LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR.

DESCRIPCION QUIRURGICA :
BAJO ANESTESIA RAQUIDEA EN DECUBITO LATERAL, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA POR VIA POSTERO LATERAL DE TOBILLO DERECHO SE PRACTICO EXPOSICION DEL FOCO DE FRACTURA DE MALEOLO LATERAL SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA LUXACION DEL TOBILLO IZQUIERDO + OSTEOSINTESIS DEL MALEOLO LATERAL CON UNA PLACA 1/3 DE CAÑA BLOQUEADA 6H DE 3.5 + 3 TORNILLOS DE CORTICAL + 2 TORNILLOS DE BLOQUEO. (CASA COMERCIAL TRAUMASUR). SE CONFIRMA LA BUENA REDUCCION CON EL INTENSIFICADOR DE IMAGEN. ENSEGUIDA SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR. SE LAVA Y SE CIERRA HERIDA POR PLANOS. SE CUBREN HERIDA CON GASA CON ISODINE Y SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODODN LAMINADO Y VENDAJE ELASTICO.
NO COMPLICACIONES .
SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS.

***** FECHA: 23.05.04-16:12:50 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

***** FECHA: 23.05.04-16:35:26 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX TOBILLO DERECHO FRACTURA DE MALEOLO LATERAL REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

** ANALISIS PLAN:
PLAN
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR

33

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalizaci¢n SERVICIO: OROTPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.04-16:35:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.05.04-21:52:06 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
E VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA LUXACION DE TOBILLO DERECHO
2. LESION DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR (HALLAZGO INTRAOPERATORIO)

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:
1. REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA LUXACIO DEL TOBILLO IZQUIERDO + OSTEOSINTESISI DEL MALEOLO LATERAL. 04/05/2023
2. REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR 04/05/2023

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL
2. LAPAROSCOPIA PARA OFORECTOMIA, RESECCION DE MASA OVARICA, EVENTRORRAFIA
3. FUR: 01/05/2023

SUBJETIVO: BUENA TOLERANCIA AL DOLOR
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 120/70 MMHG; FC: 70 LPM; FR: 16 RPM; SPO2: 98%; T: 36.4 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA INMOVILIZACION CON VENDAJE DE JONES EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, A NIVEL DE TOBILLO SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SALIDA DE SECRECION, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS:
PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, EN POP DESCRITO, SE CONSIDERA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO, ATENTOS A CAMBIOS POR ESPECIALIDAD TRATANTE.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

***** FECHA: 23.05.05-00:06:03 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD, CON DX ANOTADOS:

QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO ESTAR BIEN , TRANQUILA, CON DOLOR MODULADO CON LA MEDICACION , TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO PRESENTA VENDAJE DE JONES EN TOBILLO DERECHO, CON EDEMA ESCASO, SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE CONSIDERA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO INSTAURADO INTRAHOSPITALARIO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DOS GR EV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC EV HORA

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.05.05-05:57:35 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA LUXACION DE TOBILLO DERECHO
2. LESION DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR (HALLAZGO INTRAOPERATORIO)

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:
1. REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA LUXACIO DEL TOBILLO DERECHO + OSTEOSINTESISI DEL MALEOLO LATERAL. 04/05/2023
2. REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR 04/05/2023

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL
2. LAPAROSCOPIA PARA OFORECTOMIA, RESECCION DE MASA OVARICA, EVENTRORRAFIA
3. FUR: 01/05/2023

SUBJETIVO: REFIERE PASO BUENA NOCHE, DURMIO POR LARGOS PERIODOS. DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION. NO FIEBRE
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 109/70 MMHG; FC: 80 LPM; FR: 20 RPM; SPO2: 94%; T: 36.2 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA INMOVILIZACION CON VENDAJE DE JONES EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, A NIVEL DE TOBILLO SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SALIDA DE SECRECION, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, PERMANECE CLINICA Y HEMODINACAMENTE ESTABLE, SE CONTINUA MANEJO MEDICO.

PLAN: MANTENER MANEJO MEDICO

*** FECHA: 23.05.05-08:12:41 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EVOLUCION:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA LUXACION DE TOBILLO DERECHO
2. LESION DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR (HALLAZGO INTRAOPERATORIO)

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:
1. REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA LUXACIO DEL TOBILLO DERECHO + OSTEOSINTESISI DEL MALEOLO LATERAL. 04/05/2023
2. REPARO PRIMARIO DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR 04/05/2023

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL
2. LAPAROSCOPIA PARA OFORECTOMIA, RESECCION DE MASA OVARICA, EVENTRORRAFIA
3. FUR: 01/05/2023

SUBJETIVO: REFIERE PASO BUENA NOCHE, DURMIO POR LARGOS PERIODOS. DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION. NO FIEBRE

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 125/76 MMHG; FC: 87 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 95%; T: 36.6 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA INMOVILIZACION CON VENDAJE DE JONES EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, A NIVEL DE TOBILLO SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SALIDA DE SECRECION, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

*** ANALISIS ***
PACIENTE EN POP MEDIATO DESCRITO, CON ADECUADA EVOLUCION, CON MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO IV, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE DECIDE DAR SALIDA, CON FORMULA MEDICA EXTERNA, CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA, SE EXPLICAN SIGNOS CLAROS DE ALARMA E INDICACIONES DE RECONSULTA.

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

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

29

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
ETOX TAB 60 MG (ETORICOXIB) TOMAR 1 TAB CADA DIA HORAS POR 10 DIAS --------- N 10
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- 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 CON EL ESPECIALISTA. PARA EVITAR ESTO, SE RECOMIENDA, UTILIZAR UNA BOLSA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
- 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.

** ORDENES MEDICAS:

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

***** FECHA: 23.05.05-08:49:53 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

***** FECHA: 23.05.05-08:49:54 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.05-08:49:40 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.05.18-09:30:15 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL POS OPERATORIO IUNEMDIATO DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27 DE ABRIL DEL 2023 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 04 DE MAYO DEL2023

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: HERIDA QX CICATRIZADA CON MATERIAL DE SUTURA SIN SIGNOS D I NFECCION BEUNA MOVILIDAD DE TOBILLO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
RETIRAR PUNTOS AHORA EN TOB ILLO DERECHO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

PRACTICAR EN 15 DIAS
TOBILLO DERECHO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
RETIRAR PUNTOS AHORA EN TOB ILLO DERECHO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA

*** FECHA: 23.05.18-09:48:28 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
RETIRAR PUNTOS AHORA EN TOB ILLO DERECHO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA
INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.18-09:48:28 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.05.27 FIN: 2023.06.25

*** FECHA: 23.05.18-10:57:31 MEDICO: / (AUXIL. ADM - ADRIANA MOLINA RAMOS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:30 / 10:40 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:29H// USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 49 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MULETAS PROCEDENTE DE CONSULTA

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

EXTERNA CON UN POP DE FRACTURA DE TOBILLO DERECHO + OSTEOSINTESIS DE LUXOFRACTURA O FRACTURA DE CUELLO DE PIE + REPARACION DE LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

10:30H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 10 CM APROXIMADAMENETE EN CARA LATERAL DE TOBILLO DERECHO, EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

10:40H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN MULETAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

***** FECHA: 23.06.01-08:28:39 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO, TRAE RX DE CONTROL SOLICITADO EN CONSULTA PREVIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27 DE ABRIL DEL 2023 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 04 DE MAYO DEL2023

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: HERIDA QX CICATRIZADA, LIMITACION PARACIAL DE LA DORIFLEXION
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
TERAPIA EN CASA

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

APOYO PARCIAL PROGRESIVO
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE TOBILLO DERECHO: FRACTURA DE MALEOLO LATERAL REDUCIDA CONMATERIAL DE SINTESIS FALTA CALLO OSEO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

PRACTICAR EN 15 DIAS
TOBILLO DERECHO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TERAPIA EN CASA
APOYO PARCIAL PROGRESIVO
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

***** FECHA: 23.06.01-08:48:30 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
TERAPIA EN CASA
APOYO PARCIAL PROGRESIVO
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
MANTIENE INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.01-08:48:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.06.16-09:39:24 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO, TRAE RX SOCLITADO EN CONSULTA PREVIA

ENFERMEDAD ACTUAL

24

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27 DE ABRIL DEL 2023 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 04 DE MAYO DEL2023

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: HERIDA QX CICATRIZADA, BUENA MOVILIDAD DE TOBILLO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 10 MESES PARA VALORAR POSIBLE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO
REINTEGRARSE A LABORAR SIN RESTRICCIONES AL TERMINAR INCAPACIDAD LABORAL
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE TOBILLO DERECHO: FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CONSOLDIADA CON MATERIAL DE SINTESIS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 10 MESES PARA VALORAR POSIBLE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO
REINTEGRARSE A LABORAR SIN RESTRICCIONES AL TERMINAR INCAPACIDAD LABORAL

***** FECHA: 23.06.16-09:59:14 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 10 MESES PARA VALORAR POSIBLE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE

93

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO
REINTEGRARSE A LABORAR SIN RESTRICCIONES AL TERMINAR INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.16-09:59:14 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.04.16-08:40:52 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

VIEENE PARA QUE LE PROGRAMEN EL RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27 DE ABRIL DEL 2023 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 04 DE MAYO DEL2023

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: CICATRIZ QX EN BUEN ESTADO, BUENA MOVILDIDAD DE TOBILLO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
SE SOLICITA RX EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR POSIBLE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

02

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

PRACTICAR EN 15 DIAS
RX DE TOBILLO DERECHO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
SE SOLICITA RX EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR POSIBLE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

*** FECHA: 24.04.16-09:00:42 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
SE SOLICITA RX EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR POSIBLE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.16-09:00:42 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.04.30-08:20:36 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE CON RX SOCLITADO EN CONSULTA PREVIA PARA QUE LE PROGRAMEN EL RETIREO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27 DE ABRIL DEL 2023 CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 04 DE MAYO DEL2023

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: HERIDA QX CICATRIZADA BUENA MOVILDIAD DE TOBILLO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO AMBULATORIO DURACION: 1 HORA TELEFONO: 3174174426--3185286111

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE TOBILLO DERECHO: FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CONSOLDIADA CON MATERIAL DE SINTESIS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO AMBULATORIO DURACION: 1 HORA TELEFONO: 3174174426--3185286111

***** FECHA: 24.04.30-08:40:28 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES Qx:

PLAN
SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO AMBULATORIO DURACION: 1 HORA TELEFONO: 3174174426--3185286111

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

70

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.30-08:40:28 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.05.29-14:14:08 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.8

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: CICATRIZ QX EN BUEN ESTADO, BUENA MOVILIDAD DE TOBILLO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE TOBILLO DERECHO: FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS

** ANALISIS PLAN:
PLAN
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC EN BOLO Y LUEGO A MANTENIMIENTO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR ANTES DE CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

19

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CANALIZAR

*** FECHA: 24.05.29-14:14:31 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.05.29-14:14:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.05.29-14:15:10 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.8

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: CICATRIZ QX EN BUEN ESTADO, BUENA MOVILIDAD DE TOBILLO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

*** FECHA: 24.05.29-15:55:38 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDA A CIRUGIA PARA EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO DERECHO. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 3.5 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 80 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.05.29-15:58:00 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY

HORA INICIAL/FINAL: 15:30 / 16:00 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN PIERNA, TOBILLO O PIE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE TIBIA O PERONE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 18380
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION: LATERAL EN TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS : FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS CON TEJIDO DE GRANULACION Y SECRECION PURULENTA

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD,VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO ; BAJO ANESTESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION , EN DE CUBITO SUPINO, SE PRACTICO POR VIA LATERAL EXPOSICION DE LA PLACA DE OSTEOSINTESIS QUE SE ENCONTRO RODEADA DE TEJIDO DE GRANULACION Y SECRECION SEROPURULENTA POR LO QUE SE RETIRO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS ,, PLACA TERCIO DE CAÑA Y TORNILLOS , SE DESBRIDO EL TEJIDO DE GRANULACION Y SE CURETEO EL LECHO OSEO DE LA PLACA HASTA DEJARLO LIMPIO. SE LAVO LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO , Y SE HACE CIERRE DE LA HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO. SE CUBRE LA HERIDA CON GASAS CON

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

EPICRISIS No. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ISODINE Y SE VENDA CON ALGODON LAMINADO Y VENDAJE ELASTICO..
. NO COMPLICACIONES .

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.05.29-16:04:00 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** ANALISIS PLAN:
PLAN
SALIDA CON MEDICACION
CONTROL CE EN 15 DIAS
INCAPACIDAD 15 DIAS
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

IBUPROFENOS X 400MG TABLETAS =20 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
CEFALEXINA X 500 MG TABLETAS = 20 TOMAR 2 TABLETA CADA 6 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS DR GARCIA
NO MOJAR VENDAJES NI QUITAR
VENIR POR URGENCIAS EN CASO DE COMPLICACION
LLAMAR A SOLICITAR LA CITA DE CONTROL CON ANTICIPACION.

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.05.29-16:00:07 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. 57183

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

PACIENTE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

DOC.IDENT:	CC 55172521	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1B #26-24		
FCHA.NACTO:	1974.03.14	EDAD:	50 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3174174426
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

CONFIRMADO: S826 - FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO

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. 4.957.592
R.M. No. 12462-52

DR@: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18380

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -180527 Fecha 29/05/24

Nombre Paciente: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA 55172521 Edad: 50 Sexo: F

Hora inicio 15:30 Hora fin: 16:00 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionSINDY

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S826-FRACTURA DE MALEOLO LATERAL DERECHO CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS	1. S826-FRACTURA DE MALEOLO LATERAL DERECHO CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS INFECTADA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
13513	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN PIERNA, TOBILLO O	FGR	1 - 1i Interv 100%
13500	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE TIBIA O PERONE	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION: LATERAL EN TOBILLO DERECHO

HALLAZGOS : FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS CON TEJIDO DE GRANULACION Y SECRECION PURULENTA

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD,VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO , BAJO ANESTESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION , EN DE CUBITO SUPINO, SE PRACTICO POR VIA LATERAL EXPOSICION DE LA PLACA DE OSTEOSINTESIS QUE SE ENCONTRO RODEADA DE TEJIDO DE GRANULACION Y SECRECION SEROPURULENTA POR LO QUE SE RETIRO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS ,, PLACA TERCIO DE CAÑA Y TORNILLOS , SE DESBRIDO EL TEJIDO DE GRANULACION Y SE CURETEO EL LECHO OSEO DE LA PLACA HASTA DEJARLO LIMPIO. SE LAVO LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO , Y SE HACE CIERRE DE LA HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO. SE CUBRE LA HERIDA CON GASAS CON ISODINE Y SE VENDA CON ALGODON LAMINADO Y VENDAJE ELASTICO..
. NO COMPLICACIONES .

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. 12462-82

CIRUJANO

14

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

55172521

ADMISION N_: 180527

NOMBRE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA **Num. Id-:** CC 55172521
FECHA NACIMIENTO: 1974.03.14 **EDAD:** 50 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.05.29 **HORA DE INGRESO:** 14:14:08 **Fecha/Hora de registro:** 2024.05.29 14:14
DIRECCION: CALLE 1B #26-24 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3174174426
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.05.29

<< REGISTRO: 14:14:08 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<2023.04.27-19:07:57>>, (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 158798
PAT: NEGATIVO
QX: NEGATIVO
HOSP: NEGATIVO
TA: NEGATIVO.
FCO: NEGATIVO.

--><<2023.05.02-09:04:32>>, (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL) H.U. 158924
* Patologicos: HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: LAPAROSCOPIA PARA OFORECTOMAI , EVENTRORRAFIA, RESECCION DE MASA OVARICA * Alergicios: Niega * FUR: 01/05/2023

--><<2023.05.04-11:15:47>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 159136
* Patologicos: HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: LAPAROSCOPIA PARA OFORECTOMAI , EVENTRORRAFIA, RESECCION DE MASA OVARICA * Alergicios: Niega * FUR: 01/05/2023

--><<2023.05.04-15:55:57>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 159154
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27 DE ABRIL DEL 2023
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION
(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 04 DE MAYO DEL2023

13

--><<2024.05.29-14:14:08>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 180527
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 29 DE

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

55172521

ADMISION N_: 180527

NOMBRE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA **Num. Id-:** CC 55172521
FECHA NACIMIENTO: 1974.03.14 **EDAD:** 50 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.05.29 **HORA DE INGRESO:** 14:14:08 **Fecha/Hora de registro:** 2024.05.29 14:14
DIRECCION: CALLE 1B #26-24 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3174174426
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:14:08 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)
10 / NO APLICA
NUEVO

MAYO DEL 2024

--><<2024.05.29-16:15:49>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 180527

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: OOFORECTOMIA, LAPAROSCOPIA OSTEOSINTESIS DE TOBILLO

ANESTESICOS: 3 ANESTESIAS RAQUIDEAS SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/75 **FC:** 72 **FR:** 20 **Tmp:** 36.8 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : TOBILLO DERECHO: CICATRIZ QX EN BUEN ESTADO, BUENA MOVILIDAD DE TOBILLO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

12

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

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

55172521

ADMISION N_: 180527

NOMBRE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA **Num. Id-:** CC 55172521
FECHA NACIMIENTO: 1974.03.14 **EDAD:** 50 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.05.29 **HORA DE INGRESO:** 14:14:08 **Fecha/Hora de registro:** 2024.05.29 14:14
DIRECCION: CALLE 1B #26-24 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3174174426
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S826 FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO

ANALISIS/PLAN
PLAN
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES
RX DE TOBILLO DERECHO: FRACTURA DE MALEOLO LATERAL CONSOLIDADA CON MATERIAL DE SINTESIS

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC EN BOLO Y LUEGO A MANTENIMIENTO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR ANTES DE CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CANALIZAR

<< REGISTRO: 14:14:31 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

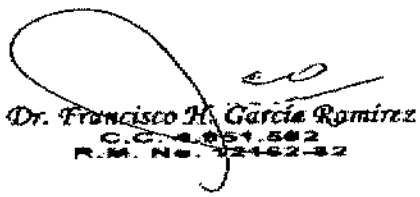
FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.05.29-14:14:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2024.05.29 **HORA DE EGRESO:** 14:14:21 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 180527 - 10000

NOMBRE:	LISCANO BARRERA BELKIS MILENA		C.C. -TI-RC-OTRO	55172521	
EDAD:	50 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1974.03.14	SEXO:	F
DIRECCION:	CALLE 1B #26-24			TELEFONO:	3174174426
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2024.05.29

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONE

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.04.27-19:07:57>>, (DR(A). JHR - JOHN HAGLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 158798

PAT: NEGATIVO

QX: NEGATIVO

HOSP: NEGATIVO

TA: NEGATIVO.

FCO: NEGATIVO.

--->><<2023.05.02-09:04:32>>, (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL) H.U. 158924

* Patologicos: HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: LAPAROSCOPIA PARA OFORECTOMAI , EVENTRORRAFIA, RESECCION DE MASA OVARICA * Alergicios: Niega * FUR: 01/05/2023

--->><<2023.05.04-11:15:47>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 159136

* Patologicos: HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: LAPAROSCOPIA PARA OFORECTOMAI , EVENTRORRAFIA, RESECCION DE MASA OVARICA * Alergicios: Niega * FUR: 01/05/2023

--->><<2023.05.04-15:55:57>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 159154

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27 DE ABRIL DEL 2023

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION

(MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 04 DE MAYO DEL2023

--->><<2024.05.29-14:14:08>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 180527

RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA-LUXACION (MALEOLO LATERAL) DE TOBILLO DERECHO EL DIA 29 DE MAYO DEL 2024

--->><<2024.05.29-16:15:49>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 180527

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: OOFORECTOMIA, LAPAROSCOPIA OSTEOSINTESIS DE TOBILLO

ANESTESICOS: 3 ANESTESIAS RAQUIDEAS SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

9

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 180527 - 10000

NOMBRE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA C.C. -TI-RC-OTRO 55172521
EDAD: 50 A FECHA DE NACIMIENTO: 1974.03.14 SEXO: F
DIRECCION: CALLE 1B #26-24 TELEFONO: 3174174426
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2024.05.29 EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONE

CARDIOVASCULARES:

PULMONARES:

ANESTÉSICOS:

QUIRÚRGICOS:

FARMACOLÓGICOS:

TÓXICO - ALÉRGICOS:

OTROS:

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:
PA: 137/58 **FC:** 79 **FR:** 21 **PESO:** 75 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

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

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

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
CICATRIZ QUIRURGICA EN CARA LATERAL DEL TOBILLO DERECHO POR REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE MALEOLO PERONERO

OTROS:

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:
Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**
INR: **Hemoclasificación:** **Grupo:**
P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S824
FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

PLAN:
ASA II, CLASE FUNCIONALI, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

B

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 180527 - 10000

NOMBRE: LISCANO BARRERA BELKIS MILENA C.C. -TI-RC-OTRO 55172521

EDAD: 50 A FECHA DE NACIMIENTO: 1974.03.14 SEXO: F

DIRECCION: CALLE 1B #26-24 TELEFONO: 3174174426

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.05.29 **HORA:** 13:20:42

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
Arcos	Borrero	Belkis Miler.	55172 52 1

FECHA	EDAD	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
29 03 24	50 A	H ☐ M ☐	162	75	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: Fx [illegible] tibia izq. Fx [illegible] D anosteosíntesis

OPERACION PROPUESTA Retiro de material de osteosíntesis

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

No — Cooperación eventual

ESPECIFICO

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

IOT SI ___ NO ___

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO [illegible]

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL

[illegible] [illegible] [illegible]

NECESITA SANGRE NO C.C. — **PREMEDICACION** NO

ESTADO PSICOLOGO Tranq

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Cx

REPARACION E / A / C

42	40	38	36	34	32	30	28	26
180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10

HORA 5:20

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA —

REFLEJOS +

MOTILIDAD +

RECUPERACION	ON
CONCIENCIA	ON
DIURESIS	ON
SENSIBILIDAD	ON
PIEL	Vrg. Hidrat

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

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sal. de recuperación bajo anest y cranial sin complicaciones

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

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejoría

FIRMA

6

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. B R M

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG PREOPERATORIO Fractura conminuta del tercio D

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS [illegible] CIRUJANOS [illegible]

TIEMPO DE AYUNO LIQUIDO ____ SOLIDO ____

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

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES

1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM

PVC XXX

T°

TORNIQUETE

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL ____ C.C. ____ C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7 100	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

[illegible]

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 7-Jun-2024 10:21:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LISCANO BARRERA BELKIS EVENTO **MOTIVO** 04 PROCEDIMIENTOS

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.05.2 14:14
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 50 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
55172521 LISCANO BARRERA BELKIS MILENA 1 NIVEL I NEIVA CALLE 1B #26-24 3174174426

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.05.29	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	RHL	44.00
2024.05.29	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	RHL	10.00
2024.05.29	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	RHL	3.00
2024.05.29	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	RHL	29.00
2024.05.29	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	RHL	1.00
2024.05.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	RHL	4.00
2024.05.29	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	RHL	3.00
2024.05.29	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	RHL	2.00
2024.05.29	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	RHL	1.00
2024.05.29	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	RHL	1.00
2024.05.29	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	RHL	1.00
2024.05.29	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	RHL	1.00
2024.05.29	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	RHL	1.00
2024.05.29	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	RHL	150.00
2024.05.29	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	RHL	150.00
2024.05.29	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	RHL	2.00
2024.05.29	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	RHL	2.00
2024.05.29	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	RHL	1.00
2024.05.29	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	RHL	1.00
2024.05.29	ME	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	RHL	1.00
2024.05.29	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	RHL	2.00
2024.05.29	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	RHL	1.00
2024.05.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	RHL	5.00
2024.05.29	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	RHL	1.00
2024.05.29	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	RHL	3.00
2024.05.29	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	RHL	3.00
2024.05.29	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	RHL	2.00
2024.05.29	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	RHL	2.00
2024.05.29	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	RHL	2.00
2024.05.29	ZMD	DIPIRONA1	DIPIRONA X 1 G. AMPOLLA	RHL	2.00
2024.05.29	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	RHL	2.00

5

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.06.07
HORA:	10:22:12
PAGIŃA No:	1

Numero: 89202 Fecha Ex. 30/04/24 Hora 10:32
Nombre Paciente: 55172521 LISCANO BARRERA BELKIS MILENA
Dirección: CALLE 1B #26-24 Telefono:3174174426 Edad:50 A Sexo:F
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP Prioridad: BAJA

LECTURA

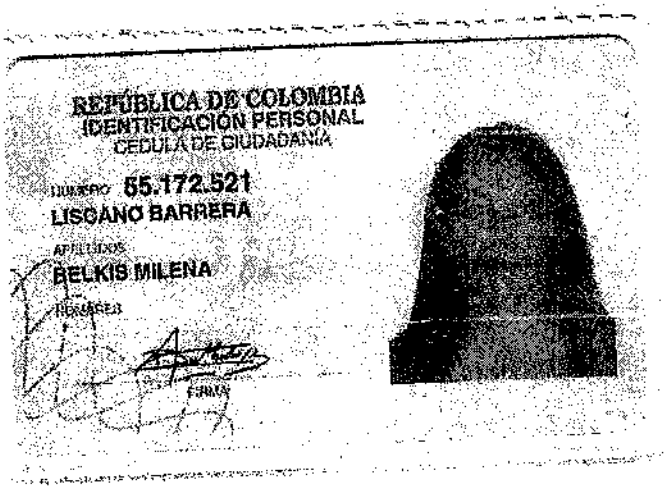
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del cuello del pie derecho observándose imagen de fractura del extremo distal del peroné adecuadamente corregida alineada fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (placa y tornillos).
La relación articular tibio astragalina es satisfactoria.
Ligero edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.

FIRMA _____

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



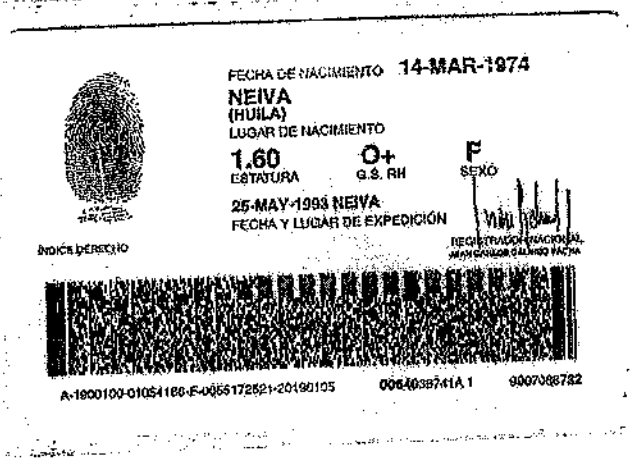
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.172.521
LISCANO BARRERA

APELLIDOS
BELKIS MILENA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1974
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
25-MAY-1993 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1900100-01054160-F-0055172521-20190105 0064038741A 1 9007088732

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020479969

PLACA TML10D		LINEA AK 125SC	MODELO 2016
CUNDINAMARCA CC 124	COLOR NEGRO		SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA	TIPO CARROCERIA SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PAS 2
NUMERO DE MOTOR XS1P52QMI-3A14014982	REG N	VIN 9F2A51251GX000310	
NUMERO DE SERIE ******	REG N	NUMERO DE CHASIS 9F2A51251GX000310	REG N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACION

BERNAL LISCANO DERLY JULIETH — C.C. 1075290059

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE: ******

POTENCIA HP: 9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902015000086958

LE: I

FECHA IMPORT: 05/05/2015

PUERTAS: 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRICULA: 12/06/2016

FECHA EXP. LIC. TTO: 11/03/2022

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DP[illegible]RA



LT02005881262

RUNT COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA 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:	**TML10D**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10020479969**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK 125SC**
MODELO:	**2016**	COLOR:	**NEGRO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**XS1P52QMI-3A14014982**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2A51251GX000310**	NÚMERO DE VIN:	**9F2A51251GX000310**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**12/06/2015**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8118752100	09/10/2023	10/10/2023	09/10/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8088455900	04/10/2022	05/10/2022	04/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
81801448	30/09/2021	01/10/2021	30/09/2022	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 08/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62865 fechada el dia 24.08.17 cuyo paciente es LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

HISTORIA No. 55172521

GLOSA No: ZGL-1-48232 **SINIESTRO:** 62865

Recibido! 10 de Octubre del 2024 20307660

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

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

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 08/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62865 fechada el dia 24.08.17 cuyo paciente es LISCANO BARRERA BELKIS MILENA

HISTORIA No. 55172521

GLOSA No: ZGL-1-48232 **SINIESTRO:** 62865

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

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

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

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

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

>> ITEM GLOSADO 3: ME -VENDA-UNI VENDA ALGODON 5X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4100.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4100.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: MES-VENDA VENDA ELASTICA DE 5X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9600.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos

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

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

JUSTIFICACION:
insumos especificos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,911,130.00
VALOR GLOSADO :	136100.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	136100.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 04 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20301228	**No.**	170501	**Siniestro**	90710106	**No. Factura**	FEC162865		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	27/04/2023	**Fecha aviso**	17/07/2023	**Fecha recepción**	10/09/2024	
Fecha formalización	10/09/2024	**Fecha liquidación**	26/09/2024	**Póliza**	808845590	**Vigencia**	05/10/2022	**hast**	04/10/2023
Id tomador	1075290059	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	55172521	**Nombre**	BELKIS MILENA LISCANO BARRERA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
2	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	143,000	0	143,000
1	13500	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA, DE TIBIA O PERONÉ		100%	526,700	0	526,700
1	39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 09		100%	301,200	0	301,200
1	39120	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 09		100%	144,000	0	144,000
1	39211	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 09		100%	871,200	0	871,200
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%	409,500	0	409,500
1	13513	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN PIERNA, TOBILLO O PIE		100%	121,000	0	121,000
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05		100%	79,100	0	79,100
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55). NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55).		123,330	13,700	109,630
1	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	69,700	0	69,700

1001	Cobrado	2,911,130
1002	Obj. Parcial	136,100
1003	Liquidado	2,775,030

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

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

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:10:10 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. FEC162865

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
cf39c940ed68df1bf771c418cab2d77ea2c898d04932447a9f06e
c8d9f5e6b8f86323d7afe2da91ac000ddd15cdf5122

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2911130

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-16 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
9e85ee6b763c7a74c2886fc93253b2eb2e1a0083d669495fce7c
86a146e1424bb4f075e19c494877f1ade4be237646a7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-17 02:35:50.000 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. FEC162865

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
cf39c940ed68df1bf771c418cab2d77ea2c898d04932447a9f06ec8d9f5e6b8f86323d7afe2da91ac000ddd15cdf5122

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

CUDE:
75b230167d0bb2af922da32b2ae71708b4186cd5277db2919e00bc49acf59e31d638d3fae50eb84409360d3c51eb647b

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-17 02:59:45.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
6306ff15493c0d39209549e137c071c426a380fb2c94875bcfbb084307099de89f35799d3992f92895de9022c20b9a47

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:45:13.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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. FEC162865

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
cf39c940ed68df1bf771c418cab2d77ea2c898d04932447a9f06e
c8d9f5e6b8f86323d7afe2da91ac000ddd15cdf5122

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
4fbd58d3c85d6d54fe71b7e48e1833d92a17b1c1b263317a10b
5c8b56211270738686276d226da7650ac1c6ff2878fce

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:45:27.000 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: 2/7/2025 -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 ,2024.08.16	17:28:26	2024.09.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62845

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026416 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 HOSPITALIZACION
ORDEN SS 180995,181233
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES 2024.06.07 - 16:16
FEC-HORA EGRESO 2024.06.14 - 09:36

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA **EDAD :** 10 Años Dias estancia 2
DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 TELLO **TELEFONO:** 3118625411
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	Ti Interv 100%										
13471	OSTEOSINTESIS EN FEMUR (CUELLO, INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA)	12-Jun-2024	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	886,700	886,700
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	12-Jun-2024	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	525,200	525,200
39124	GRUPO 13	12-Jun-2024	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	254,600	254,600
39215	GRUPO 13	12-Jun-2024	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,368,700	1,368,700
39304	GRUPOS 10 11 12 13	12-Jun-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						6	346,900	2,081,400
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
20041864	KETAMINA X 500MG/10ML 2018M-006074 R2		20041864						1	0	0
	TORNILLO CANULADO 7.0 ACERO X 65MM R16								1	558,800	558,800
	TORNILLO CANULADO 7.0 ACERO X 80MM R16								1	558,800	558,800
	ARANDELA 13MM EN ACERO PARA TORNILLO DE 6.5 Y 7.0								1	67,900	67,900
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 22								3	4,800	14,400
010201	VENOCAT CATETER # 24								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
	EQUIPO DE MICROGOTEO								4	5,080	20,320
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								16	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								63	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE								1	78,130	78,130
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								7	200	1,400
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 6 ,0								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8,5 MEDISPO								3	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								31	500	15,500

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!
10 de Septiembre del 2024
20301235

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE C[illegible]R[illegible]4 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 20[illegible]7 por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: 0ec7b6c3734a70955e173ba8f8240c5b66748e61c170cc9c6b7ff854135c7b[illegible]3236a622fa37211f2087623add85080de

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.16	17:28:26	2024.09.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62845

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

TIPO CONTRATO: EVENTO
TELEFONO: 8713072
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION

VIA DE INGRESO: HOSPITALIZACION
ORDEN SS: 180996,181233
FEC-HOR INGRES: 2024.06.07 - 16:18
FEC-HORA EGRESO: 2024.06.14 - 09:36

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA
EDAD : 10 Años Dias estancia 2
DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 TELLO
TELEFONO: 3118625411

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	Ti Interv 100%										
13471	OSTEOSINTESIS EN FEMUR (CUELLO, INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA)	12-Jun-2024	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	886,700	886,700
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	12-Jun-2024	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	525,200	525,200
39124	GRUPO 13	12-Jun-2024	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	254,600	254,600
39215	GRUPO 13	12-Jun-2024	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,368,700	1,368,700
39304	GRUPOS 10 11 12 13	12-Jun-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						6	346,900	2,081,400
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
20041864	KETAMINA X 500MG/10ML 2018M-006074 R2		20041864						1	0	0
	TORNILLO CANULADO 7.0 ACERO X 65MM R16								1	558,800	558,800
	TORNILLO CANULADO 7.0 ACERO X 80MM R16								1	558,800	558,800
	ARANDELA 13MM EN ACERO PARA TORNILLO DE 6.5 Y 7.0								1	67,900	67,900
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 22								3	4,800	14,400
010201	VENOCAT CATETER # 24								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
	EQUIPO DE MICROGOTEO								4	5,080	20,320
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								16	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								63	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE								1	78,130	78,130
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								7	200	1,400
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								3	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								31	500	15,500

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

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

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

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

Cufe: 0ec7b6c3734a70955e173ba8f8240c5b66748e61c170cc9c6b7ff854135c7b83236a622fa37211f2087623add85080de

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.16	17:28:26	2024.09.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62845

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								7	600	4,200
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								8	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								11	4,892	53,812
19996775-01	ISODINE SOLUCION								300	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								37	3,758	139,046
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								12	2,500	30,000
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								18	3,387	60,966
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19908959-04	ACETAMINOFEN 500 MG								22	250	5,500
19960774-01	BUPIROP 0,5% PESADO AMP								1	0	0
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								75	0	0
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								7	11,300	79,100
19960016-02	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	1,200	1,200
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								1	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								60	0	0
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.10	873121		CLO				1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.06.10	873411		CLO				1	76,700	76,700
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.06.12	873411		FGR				1	76,700	76,700
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2024.06.12	870001		CLF				8	209,900	1,679,200
21714	PELVIS	2024.06.11	879460		CLO				1	643,400	643,400
879910	RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:	2024.06.11	879910		JAB				1	1,002,500	1,002,500
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.12	902208						1	34,300	34,300
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.12	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.12	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.08	890602		HJC				1	82,800	82,800
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.09	890602		HJC				1	82,800	82,800
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.10	890602		HJC				1	82,800	82,800

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

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

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

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

Cufe: 0ec7b6c3734a70955e173ba8f8240c5b66748e61c170cc9c6b7ff854135c7b83236a622fa37211f2087623add85080de

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

67

66

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.16	17:28:26	2024.09.15

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62845

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.08.11	890602		FGR				1	82,800	82,800
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.08.12	890202		FGR				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.08.12	890202		JHT				1	61,200	61,200
2AS3002	CLAVO DE STEIMAN DE 2.0 MM X 230 UNIDAD	2024.08.12	2AS3002		CLF				2	56,800	113,200

VALOR BRUTO:	11,821,974	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	11,821,974

SON: ONCE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.16 05:34:36 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: 0cc7b6c3734a70955e173ba8f8240c5b66748e61c170cc9c6b7ff854135c7b83236a622fa37211f2087623add85080de

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:	62845
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 10,142,774
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,679,200
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

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

EVT

Usuario PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

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

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 62845

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
CUBILLOS	CORREDOR

1er.Nombre	2do.Nombre
DANNA	VALERIA

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC [X] TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1076915659

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 11/03/2014 Sexo: F M O

Direccion: CRA 4 # 6 - 03

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3118625411

Municipio: TELLO Cod. 799

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

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

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

Direccion de la Ocurrencia: BARRIO LA PORTADA

Fecha Evento/Accidente: 07/06/2024 Hora: 12:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TELLO Cod. 799 Zona: U [X] R [ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA VSC29G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COGER 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: TVS Placa: VSC29G

Tipo de Vehiculo:
Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

Poliza SOAT No 8119915200

Vigencia de la Poliza: Desde: 19/12/2023 Hasta: 18/12/2024

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

90

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CUBILLOS	CORREDOR
1er.Nombre	**2do.Nombre**
YULIZA	MICHEL

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1004344400

Direccion: CRA 4 # 6 03

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: TELLO **Cod.** 799 **Telefono:** 3114116599 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CUBILLOS	CORREDOR
1er.Nombre	**2do.Nombre**
YULIZA	MICHEL

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1004344400

Direccion: CRA 4 # 6 03

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3114116599

Municipio: TELLO **Cod.** 799

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: 07/06/2024 a las 13:04

Prestador que remite: ESE CENTRO DE SALUD MIGUEL BARRETO LOPEZ DE TELLO **Codigo de inscripcion:** 417990053001

Direccion: CARRERA 6 No. 4-56 **Telefono:** 8784008 HUILA-TELLO

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

Fecha de Aceptacion: 07/06/2024 a las 13:19

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

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

Profesional que recibe: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS **Cargo:** MEDICO GENERAL **Placa Ambulancia:**

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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 07/06/2024 a las 16:16

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S700 CONTUSION DE LA CADERA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Fecha de Egreso: 14/06/2024 a las 09:36

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S700 CONTUSION DE LA CADERA

Diagnostico relacionado de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
SERGIO	ANDRES
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
PERDOMO	VARGAS

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1075287614

N·mero de Registro de Medico 1075287614

70
69

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	11821974	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

69
68

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI	1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03	
FCHA.NACTO:	2014.03.11		EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL: 3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	O+			

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.07 — HORA DE INGRESO: 16:16
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.06.14 — HORA DE EGRESO: 09:36
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S720 - FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR
CONFIRMADO: S720 - FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.07-16:28:53 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA VSC29G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COGER UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 16+10
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL DE TELLO, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE 07/06/2024, OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL (DIPIRONA 1 GR IV), POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUCION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.
EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 135/71 FC: 86 FR: 20 TEMP: 36.4 TALLA: 150 PESO: 57 IMC: 25 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. NO DOLOR EN MACIZO FACIAL, NO DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO PRESENTA DISNEA SUBJETIVA, NO DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, NO ALTERACION DE MECANICA RESPIRATORIA.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI	1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03	
FCHA.NACTO:	2014.03.11		EDAD:	10 , A	CIUDAD:	TELLO	TEL: 3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	O+			

<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, DOLOR INTENSO A LA PALPACION EN CADERA IZQUIERDA CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO: SE EVIDENCIA CON ROTACION EXTERNA Y ACORTAMIENTO, DOLOR A LA PALPACION EN MUSLO CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, NO CEFALEA, NO PERDIDA DE LA CONSCIENCIA
<<PIEL>>
NORMAL, SIN LESIONES
<<FANERAS>>
NORMAL, SIN LESIONES

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE MAYOR DE EDAD
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- LLEVAR A SALA DE IMÁGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

NOTA: DURANTE LA VALORACION MEDICA ESTUVO PRESENTE LOS PADRES Y PERSONAL DE ENFERMERIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PELVIS

**** DE LA EVOLUCION**

*** FECHA: 24.06.07-17:22:33 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

99
63

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 55 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 20 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

*** FECHA: 24.06.07-17:23:11 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

RADIOGRAFIA DE PELVIS: DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 24.06.07-17:34:15 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 17:00 / 17:22 DURACION: 00:22

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS

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

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON TRACCION CUTANEA, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.06.07-17:34:27 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

63
62

** EVOLUCION:

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI	1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03	
FCHA.NACTO:	2014.03.11		EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL: 3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	O+			

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

*** FECHA: 24.06.07-18:17:42 MEDICO: / (JEFE ENF. VAC - VALENTINA ARIAS CASAS - C.C. 1075319972 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)*

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 17:23 / 17:29 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA ARIAS CASAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

17+23 HRS//CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 , BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE , LA JEFE DE TURNO VALENTINA ARIAS ADMINISTRA DICLOFENACO 55 MG INTRAVENOSA DILUIDO EN 100CC DE CLORURO DE SODIO POR ORDEN MEDICA .TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

17+23 HRS// CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 , BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE , LA JEFE DE TURNO VALENTINA ARIAS ADMINISTRA TRAMADOL 50MG INTRAVENOSA DILUIDO EN 100CC DE CLORURO DE SODIO POR ORDEN MEDICA .TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

*** FECHA: 24.06.07-22:30:49 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. TRAUMA CONTUSO DE CADERA IZQUIERDA

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
- ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONAL:
- NIEGA

AL EXAMEN FISICO:
SIGNOS VITALES.
TA 90/65MMHG; FR:15/MIN; FC:100/MIN; SAT 99%.

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

Cabeza: MUCOSAS HÚMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACIÓN.
cuello: MOVIL, NO MASAS NI DOLOR
torax: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS.
abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
DORSO: A LA INSPECCION, SIN EVIDENCIA DE LESIONES, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION CON LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE CADERA IZQUERDA CON ACORTAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA Y RTACION DE LA MISMA, ACTUALMENTE CON TRACCION CUTANEA. RESTO DE EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS.
NEUROLOGICO: PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
RADIOGRAFIA DE PELVIS: DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

DX:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL
2. CONTUSION DE CADERA IZQUIERDA

ANALISIS/PLAN:
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO, EN EL MOMENTO SE CONSIDERA CON DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL , SE REVISA IMAGENES RADIOGRAFIACAS QUE EVIDENCIA O ANTES DESRITO, POR LO QUE SE INDICA MANEJO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD, SE INDICA CONTINUAR CON TRACCION CUTANEA, SE TRASLADARA A SEWRVICIO DE HOSPITALIZACION PARA DAR CONTINUIDAD DE MANEJO POR ESPECIALIDAD.

PLAN : PLAN:
- DIETA NORMAL.
- LEV 30CC/HORA
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD CON TRACCION CUTANEA
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

*** FECHA: 24.06.07-22:33:20 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

61
60

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

2. TRAUMA CONTUSO DE CADERA IZQUIERDA

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
- ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONAL:
- NIEGA

AL EXAMEN FISICO:
SIGNOS VITALES:
TA 90/65MMHG; FR:15/MIN; FC:100/MIN; SAT 99%.
Cabeza: MUCOSAS HÚMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACIÓN.
cuello: MOVIL, NO MASAS NI DOLOR
torax: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS.
abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
DORSO: A LA INSPECCION, SIN EVIDENCIA DE LESIONES, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION CON LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE CADERA IZQUERDA CON ACORTAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA Y RTACION DE LA MISMA, ACTUALMENTE CON TRACCION CUTANEA. RESTO DE EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS.
NEUROLOGICO: PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
RADIOGRAFIA DE PELVIS: DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

DX:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL
2. CONTÚSION DE CADERA IZQUIERDA

ANALISIS/PLAN:
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO, EN EL MOMENTO SE CONSIDERA CON DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL , SE REVISA IMAGENES RADIOGRAFIACAS QUE EVIDENCIA O ANTES DESRITO, POR LO QUE SE INDICA MANEJO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD, SE INDICA CONTINUAR CON TRACCION CUTANEA, SE TRASLADARA A SEWRVICIO DE HOSPITALIZACION PARA DAR CONTINUIDAD DE MANEJO POR ESPECIALIDAD.

PLAN : PLAN:
- DIETA NORMAL.
- LEV 30CC/HORA
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
TRAMADOL 50MG CADA 8 HORAS
DICLOFENACO AMPOLLA 75MG IV CADA 8 HORAS
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD CON TRACCION CUTANEA
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.

60
59

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

*** FECHA: 24.06.07-22:33:55 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.07-22:33:25 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.08-02:19:28 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE URGENCIAS.

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALGIDA ESTABLE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO, ACCIDENTE DE TRÁNSITO EL 07/06/2024. DONDE PRESENTO DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO. CONTUSIONES, VALORADO POR TRAUMATOLOGO QUIEN INDICA MANEJO HOSPITALARIO POR LO CUAL TRASLADAN A ESTE SERVICIO PARA SEGUIMIENTO, EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN EN ESTE MOMENTO, CON DOLOR CONTROLADO. NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 85 FR: 18 TEMP: 36.9 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
normocefala, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes. <<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas. No deformidad, no dolor a palpación. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados. <<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, Peristaltismo presente y normal. no dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa <<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACION CUTANEA 2.5 KG EDEMA DOLOR EN CADERA IZQUIERDA, Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientada. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
Sin lesiones.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** CONDUCTA:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO Y SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA, QUIEN HOSPITALIZA PARA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO, EN EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN, ESTABLE, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTEMICOS, POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA INTRAHOSPITALARIO. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 55 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

*** FECHA: 24.06.08-11:23:09 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
ORTOPEDIA

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN NO DOLOR AGUDO, NO FIEBRE NO VOMITO.

AL EXAMEN FISICO:
TA: 113/80 MMHG FR: 20 RESP/MIN FC: 84 LAT/MIN SATURACION DE OXIGENO: 98%

NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICAS CON MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACION CUTANEA 2.5 KG EDEMA DOLOR EN CADERA IZQUIERDA, PERFUSION DISTAL CONSERVADA.

ANÁLISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ACTUALMENTE EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO, CON TRACCION CUTANEA EN ADECUADA POSICION, POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO, MANEJO POR ORTOPEDIA.

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI	1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03	
FCHA.NACTO:	2014.03.11		EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL: 3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	O+			

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

***** FECHA: 24.06.08-16:26:57 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO CON MALA MODULACION DEL DOLOR A PESAR DEL MANEJO ANALGESICO INSTAURADO, CON TRACCION CUTANEA EN ADECUADA POSICION, EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PROGRAMAR OSTEOSINTESIS. POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS ADICIONALES.

***** FECHA: 24.06.08-21:30:11 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

56

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S: ME SIENTO BIEN, DOLOR MODULADO

O:TA: 110/60 MMHG FR: 19 RESP/MIN FC: 82 LAT/MIN SATURACION DE OXIGENO: 98%

NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICAS CON MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACION CUTANEA 2.5 KG EDEMA DOLOR EN CADERA IZQUIERDA, PERFUSION DISTAL CONSERVADA.

ANÁLISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCUION NEUROVASCULAR DISTAL, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

***** FECHA: 24.06.09-05:18:52 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S: ESTOY BIEN, DOLOR MODULADO

O:TA: 120/60 MMHG FR: 18 RESP/MIN FC: 81 LAT/MIN SATURACION DE OXIGENO: 98%

NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICAS CON MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACION CUTANEA 2.5 KG EDEMA DOLOR EN CADERA IZQUIERDA, PERFUSION DISTAL CONSERVADA.

ANÁLISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 55 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.09-08:31:10 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
ORTOPEDIA

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN NO DOLOR AGUDO, NO FIEBRE NO VOMITO.

AL EXAMEN FISICO:
TA: 100/65 MMHG FR: 20 RESP/MIN FC: 91 LAT/MIN SATURACION DE OXIGENO: 97%

NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICAS CON MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACION CUTANEA 2.5 KG EDEMA DOLOR EN CADERA IZQUIERDA, PERFUSION DISTAL CONSERVADA.

ANÁLISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ACTUALMENTE EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO, CON TRACCION CUTANEA EN ADECUADA POSICION, POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO, MANEJO POR ORTOPEDIA.

** CONDUCTA:
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

*** FECHA: 24.06.09-23:42:53 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
NOTA EVOLUCION NOCHE

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 128/72 FR: 19 T: 36.1,FC: 79 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.06.10-06:40:15 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN NO DOLOR AGUDO, NO FIEBRE NO VOMITO.

AL EXAMEN FISICO:

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

TA: 112/66 MMHG FR: 18 RESP/MIN FC: 94 LAT/MIN SATURACION DE OXIGENO: 96%

NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICAS CON MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACION CUTANEA 2.5 KG EDEMA DOLOR EN CADERA IZQUIERDA, PEREUSION DISTAL CONSERVADA.

ANÁLISIS:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ACTUALMENTE EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO, CON TRACCION CUTANEA EN ADECUADA POSICION, POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

PLAN

- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS SEGÚN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 55 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.10-09:31:41 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN NO DOLOR AGUDO, NO FIEBRE NO VOMITO.

AL EXAMEN FISICO:
PACIENTE ESTABLE, CONCIENTE ALERTA ORIENTADA, DOLOR MODULADO.
TA: 120/56 MMHG FR: 20 RESP/MIN FC: 101 LAT/MIN SATURACION DE OXIGENO: 96%
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICAS CON MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACION CUTANEA 2.5 KG EDEMA DOLOR EN CADERA IZQUIERDA, PERFUSION DISTAL CONSERVADA.

ANÁLISIS:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ACTUALMENTE EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO, CON TRACCION CUTANEA EN ADECUADA POSICION, SE INDICA TOMA DE NUEVO RX DE CADERA Y FEMUR IZQUIERDO POSTERIOR A TRACCION CUTANEA PARA EVALUAR ALINEACION Y REALIZAR PLANEAMIENTO QUIRURGICO POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

PLAN

- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS SEGÚN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- RX DE CADERA Y FEMUR IZQUIERDO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*** FECHA: 24.06.10-18:30:26 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EDEMA TOLERABLE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR. POR EL MOMENTO SIN CMBIOS EN SU MANEJO MEDICO.,
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE PELVIS: CON FRACTURA POR DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO : CON FRACTURA POR DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

*** FECHA: 24.06.10-22:07:52 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

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

*** FECHA: 24.06.11-01:50:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

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

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 110/65 FR: 18 T: 36.8 FC: 80 SATO2: 98%
NORMOCEFALA HIDRATADA ANICTERICA, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACCION CUTANEA SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADA SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 55 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

*** FECHA: 24.06.11-09:05:47 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

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

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S/ DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 84 LPM, FR 21 RPM, TA 90/60 MMHG SAT 98% TEMP 36.2°
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
TORAX .SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACCION CUTANEA SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS
PACIENTE CON HISTORIA CLINICA DESCRITA, QUIEN TIENE PENDIENTE PROGRAMACION QUIRURGICA, SS TAC DE CADERA IZQUIERDA PARA REALIZAR PROGRAMACION QUIRURGICA. RESTO DE MANEJO SIN CAMBIOS.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC DE CADERA IZQUIERDA 3D

FECHA: 24.06.11-12:31:43 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE CADERA IZQUIERDA CON RECONSTRUCCION: SE OBSERVA DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO PROXIMAL DE FEMUR CON DESPLAZAMIENTO POSTERIOR E INFERIOR.

FECHA: 24.06.11-12:35:23 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON REPORTE DE TAC DE CADERA IZQUIERDA CON RECONSTRUCCION QUE EVIDENCIA DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO PROXIMAL DE FEMUR CON DESPLAZAMIENTO POSTERIOR E INFERIOR. SE DECIDE PROGRAMAR PARA OSTEOSINTESIS DEFINITIVA EL DIA 12/06/2024. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

** CONDUCTA:
** ORDENES Qx:

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE TORNILLOS CANULADOS E 7.3 + SET DE ROSCA DE 16
DIA 12/06/2024
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

*** FECHA: 24.06.11-14:19:28 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO EN PLAN DE MANEJO QUIRURGICO PARA OSTEOSINTESIS, SE SOLICITAN PREQUIRURGICOS PARA EL DIA DE MAÑANA A LAS 6 AM, POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS ADICIONALES EN EL PLAN DE MANEJO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRMA, PT Y TPT INR

*** FECHA: 24.06.11-21:19:08 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S/ ESTOY BIEN, MAÑANA ME OPERAN
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 82 LPM, FR 20 RPM, TA 100/60 MMHG SAT 97% TEMP 36.2°
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
TORAX .SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACCION CUTANEA SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS:
PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO O HEMODINAMICO, EL DIA DE MAÑANA PROGRAMADA PARA PROCEDIMIENTO QX. CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

*** FECHA: 24.06.12-01:23:02 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 55 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV 30 MINUTOS ANTES DE CX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.12-06:49:56 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S/ ME SIENTO BIEN, HOY TENGO LA CIRUGIA
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 84 LPM, FR 19 RPM, TA 105/60 MMHG SAT 97% TEMP 36.2°
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
TORAX .SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACCION CUTANEA SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS:
PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO O HEMODINAMICO, EL DIA DE HOY PROGRAMADA PARA PROCEDIMIENTO QX. CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.12-10:46:59 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS:
LEUCO: 7.23 LINF: 33.0 NEUTRO: 59.8 PLAQ: 348.000
HB: 13.1 HTO: 37.5

TP: 11.6 TPT: 30.8 INR: 0.0

DE BAJO RIESGO.

*** FECHA: 24.06.12-10:51:36 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO:
ME SIENTO BIEN, HOY TENGO LA CIRUGIA
OBJETIVO:
CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 75 LPM, FR 19 RPM, TA 105/60 MMHG SAT 97% TEMP 36.1°
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
TORAX .SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON TRACCION CUTANEA SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON DOLOR MODULADO, NO SIGNOS DE SIRS, EN EL MOMENTO EN ESPERA DE OSTEOSINTESIS EN EL DIA DE HOY, SE GARGA PROFILAXIS ANTIBIOTICA, SE DEJA SIN VIA ORAL.

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** CONDUCTA:
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
NADA VIA ORAL
- PROFILAXIS ANTIBIOTICA PREVIA A CIRUGIA
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO, CON TRACCION CUTANEA.
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: SE AJUSTA DOSIS DE ANTIBIOTICO, 2 GR IV PREVIO A CIRUGIA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.12-15:43:15 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 10060 FC: 70 FR: 24 TEMP: 36.6 TALLA: 150 PESO: 57 IMC: 25

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : DOLOR A LA PALPACION CON LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE CADERA IZQUERDA CON ACORTAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA Y ROTACION DE LA MISMA.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE FEMUR IZQUIERDO: FRACTURA POR DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

RX DE PELVIS: FRACTURA POR DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

TAC DE CADERA IZQUIERDA CON RECONSTRUCCION: SE OBSERVA DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO PROXIMAL DE FEMUR CON DESPLAZAMIENTO POSTERIOR E INFERIOR.

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.12-15:42:56 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.12-15:43:51 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 160/60 FC: 70 FR: 24 TEMP: 36.6 TALLA: 150 PESO: 57 IMC: 25

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : DOLOR A LA PALPACION CON LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE CADERA IZQUERDA CON ACORTAMIENTO DE EXTREMIDAD

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

INFERIOR IZQUIERDA Y ROTACION DE LA MISMA.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO

*** FECHA: 24.06.12-16:00:07 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 15:30 / 16:30 DURACION: 00:59

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN FEMUR (CUELLO, INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 18499
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

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

INCISION:
INCISION EN TERCIO PROXIMAL DE MUSLO IZQUIERDO.

HALLAZGOS:
FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
BAJO ANESTESIA GENERAL EN MESA ORTOPEDICA SE PRACTICA REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. ENSEGUIDA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION PREVIA COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES SE PRACTICO POR VIA LATERAL OSTEOSINTESIS TEMPORAL CON 2 CLAVOS GUIAS ROSCADO DE 2.0, SE CONFIRMO REDUCCION Y POSICION DE ESTOS CON ARCO EN C. LUEGO SE PRACTICA OSTEOSINTESIS DEFINITIVA CON 2 TORNILLO CANULADO 7.0 ACERO + 1 ARANDELA 13MM ACERO PARA TORNILLO 6.5 Y 7.0 + 2 CLAVOS DE STEIMAN 2.0X230, (CASA COMERCIAL OBI MEDICAL). FINALMENTE SE CONFIRMA LA REDUCION Y LA UBICACION DE LOS IMPLANTES. SE LAVAN HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE CIERRA TEJIDO CELULAR SUBCUTANEA CON VICRYL Y PIELCON PROLENE 2/0, SE CUBRE HERIDA CON APOSITO.

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

NO COMPLICACIONES.
ARCO EN C 8 DISPAROS.

*** FECHA: 24.06.12-17:34:51 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalizaci¢n SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.12-17:34:40 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.12-20:33:18 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE REDUCCION MAS OSTEOSINTESIS FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO, (12/06/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

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

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 110/62 FR: 18 T: 36.8 FC: 88 SATO2: 98%
NORMOCEFALA HIDRATADA ANICTERICA, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. CADERA IZQUIERDA HERIDA CUBIERTA CON MICROPORE, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADA SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, AHORA EN PÓP INMEDIATO, EN SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA QUIEN HOSPITALIZA PARA CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA, EN EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN ESTABLE DOLOR CONTROLADO PARCIALMENTE CON LA MEDICACIÓN SE INDICA DOSIS ADICIONAL DE ANALGESIA, NO SIGNOS DE INFECCIÓN POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA INTRAHOSPITALARIO. SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS:

APLICAR 1 AMP IV AHORA DOSIS UNCA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DIETA NORMAL.
- CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA.

*** FECHA: 24.06.13-01:17:55 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE EN EL MOMENTO BAJO TRATAMIENTO INSTAURADO, EN SEGUIMIENTO, PASANDO BUENA NOCHE DOLOR CONTROLADO

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SIGNOS ESTABLES SE CONTINUA TRATAMIENTO Y VIGILANCIA.

*** FECHA: 24.06.13-06:21:27 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE REDUCCION MAS OSTEOSINTESIS FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO, (12/06/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

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

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 110/65 FR: 18 T: 36.8 FC: 85 SATO2: 97%
NORMOCEFALA HIDRATADA ANICTERICA, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. CADERA IZQUIERDA HERIDA CUBIERTA CON MICROPORE, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADA SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 55 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 64546

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

***** FECHA: 24.06.13-10:32:48 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE REDUCCION MAS OSTEOSINTESIS FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO, (12/06/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S/ DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 109 LPM, FR 23 RPM, TA 125/84 MMHG SAT 97% TEMP 36.0°
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
TORAX .SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA CADERA IZQUIERDA HERIDA CUBIERTA CON MICROPORE, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO,

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

*** ANALISIS ***
PACIENTE EN POP MEDIATO DESCRITO, CON ADECUADA EVOLUCION, CON MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO IV, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION, SE REQUIERE CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO INTRAHOSPITALARIO.

*** FECHA: 24.06.13-10:33:22 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA POP: FRACTURA REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS.

*** FECHA: 24.06.13-16:08:14 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN POSTQUIRURGICO SIN COMPLICACIONES, AUNQUE CON MALA MODULACION DEL DOLOR, EN EL MOMENTO ESTABLE, EN MANEJO DEL DOLOR Y ANTIBIOTICO DADO POR LA ESPECIALIDAD.
POR EL MOMENTO REVISAN ANALGESICOS, SE CONSIDERA CONTINAR MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 24.06.13-22:34:06 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE REDUCCION MAS OSTEOSINTESIS FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO, (12/06/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: NO FIEBRE NO VOMITO, NO TOS. BUEN PATRON RESPIRATORIO.

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
TORAX .SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA CADERA IZQUIERDA HERIDA CUBIERTA CON MICROPORE, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

37
36

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** ANALISIS ***
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON DOLOR MODULADO, NO SIGNOS DE DESCOMPENSACION.
POR AHORA CONTINUAR MANEJO MEDICO Y SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

*** FECHA: 24.06.14-00:43:22 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE DESCANSA EN CAMA, TRANQUILA, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON DOLOR MODULADO, NO SIGNOS DE DESCOMPENSACION.
POR AHORA CONTINUAR MANEJO MEDICO Y SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 3 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 4, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 55 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.14-06:53:45 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE REDUCCION MAS OSTEOSINTESIS FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO, (12/06/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: REFIERE PASÓ BUENA NOCHE, NO FIEBRE NO VOMITO, NO TOS. BUEN PATRON RESPIRATORIO.

SIGNOS VITALE: TA: 104/59 FC: 93 FR: 20 SATURACION DE OXIGENO: 98%
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI	1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03	
FCHA.NACTO:	2014.03.11		EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL: 3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	O+			

TORAX .SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN. ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA CADERA IZQUIERDA HERIDA CUBIERTA CON MICROPORE, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

*** ANALISIS ***
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON DOLOR MODULADO, NO SIGNOS DE DESCOMPENSACION.
POR AHORA CONTINUAR MANEJO MEDICO Y SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

** CONDUCTA:
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- PROFILAXIS ANTIBIOTICA PREVIA A CIRUGIA
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- NO MOJAR CURACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

***** FECHA: 24.06.14-09:33:16 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.
2. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE REDUCCION MAS OSTEOSINTESIS FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO, (12/06/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

95

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S/ EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, REFIERE DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 90 LPM, FR 19 RPM, TA: 99/55 FR: 18 SATURACION DE OXIGENO: 99%
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
TORAX :SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA CADERA IZQUIERDA HERIDA CUBIERTA CON MATERIAL DE CURACION, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

*** ANALISIS ***
PACIENTE EN POP MEDIATO DESCRITO, CON ADECUADA EVOLUCION, CON MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO IV, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE DECIDE DAR SALIDA, CON FORMULA MEDICA EXTERNA, CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA, SE EXPLICAN SIGNOS CLAROS DE ALARMA E INDICACIONES DE RECONSULTA.

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

** MEDICAMENTOS:

- CEFALEXINA TAB 500 MG --- TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS POR 5 DIAS ---------- N 20
- ACETAMINOFEN 500 MG TAB --- TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 5 DIAS.---------- N 20
- IBUPROFENO TABLETAS 400 MG --- TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS ---------- N 15

** OTROS:

***RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

1. DEAMBULAR CON MULETAS AXILARES.
2. NO APOYAR CON EL MIEMBRO INFERIOR OPERADO, DE HACERLO PUEDE DAÑAR LA CIRUGÍA.
3. MOVER LA CADERA Y RODILLA SIN LIMITACIÓN, DE NO HACERLO LA RECUPERACIÓN SE PUEDE PROLONGAR POR MESES.
4. SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGÉSICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFÉN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ÚLTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
5. EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENTOS, FIEBRE, MAL OLOR DE LA HERIDA, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
6. SI TIENE ABRASIONES (RASPONES), REALICE CURACIONES CON MERCURIO CROMO O RIFOCINA POR 5 DÍAS, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMENDRAS). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRICES.

34

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

EPICRISIS No. 64546

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI 1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03		
FCHA.NACTO:	2014.03.11	EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

7. TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
8. NO RETIRAR NI MOJAR EL MATERIAL DE CURACION, ESTO SE HACE EN EL CONTROL CON EL ESPECIALISTA. PARA EVITAR ESTO, SE RECOMIENDA, UTILIZAR UNA BOLSA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
9. MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIÓTICO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.
10. SE ENTREGA FOLLETO DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA INSTITUCIONAL AL PACIENTE.

** ORDENES MEDICAS:

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

***** FECHA: 24.06.14-09:35:53 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - 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 FAMILIAR Y AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 24.06.14-09:37:46 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.14-09:36:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

33

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

EPICRISIS No. 64546

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

PACIENTE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

DOC.IDENT:	TI	1076915659	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	CRA 4 # 6 - 03	
FCHA.NACTO:	2014.03.11		EDAD:	10 A	CIUDAD:	TELLO	TEL: 3118625411
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	O+			

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

CONFIRMADO: S720 - FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR

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

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

32

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18499

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181233 Fecha 12/06/24

Nombre Paciente: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA 1076915659 Edad: 10 Sexo: 0

Hora inicio 15:30 Hora fin: 16:30 Duraci¾n: 00:59 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionSINDY CESPEDES

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S720-FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR IZQ	1. S720-FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR IZQ

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
13471	OSTEOSINTESIS EN FEMUR (CUELLO, INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA)	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION:
INCISION EN TERCIO PROXIMAL DE MUSLO IZQUIERDO.

HALLAZGOS:
FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
BAJO ANESTESIA GENERAL EN MESA ORTOPEDICA SE PRACTICA REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. ENSEGUIDA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION PREVIA COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES SE PRACTICO POR VIA LATERAL OSTEOSINTESIS TEMPORAL CON 2 CLAVOS GUIAS ROSCADO DE 2.0, SE CONFIRMO REDUCCION Y POSICION DE ESTOS CON ARCO EN C. LUEGO SE PRACTICA OSTEOSINTESIS DEFINITIVA CON 2 TORNILLO CANULADO 7.0 ACERO + 1 ARANDELA 13MM ACERO PARA TORNILLO 6.5 Y 7.0 + 2 CLAVOS DE STEIMAN 2.0X230, (CASA COMERCIAL OBI MEDICAL). FINALMENTE SE CONFIRMA LA REDUCION Y LA UBICACION DE LOS IMPLANTES. SE LAVAN HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE CIERRA TEJIDO CELULAR SUBCUTANEA CON VICRYL Y PIELCON PROLENE 2/0, SE CUBRE HERIDA CON APOSITO.
NO COMPLICACIONES.
ARCO EN C 8 DISPAROS.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX CADERA IZQUIERDA.

Intensificador de Imagen
SE USO ARCO EN C 8 DISPAROS EN CADERA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 1.951.582
R.M. No. 12462-52

CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076915659

ADMISION N_: 181233

NOMBRE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA **Num. Id-:** TI 1076915659
FECHA NACIMIENTO: 2014.03.11 **EDAD:** 10 A **SEXO:** 0 **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.06.12 **HORA DE INGRESO:** 15:43:15 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.12 15:43
DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 **CIUDAD:** TELLO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3118625411
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ISLENA CORREDOR DIAZ
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.06.12

<< REGISTRO: 15:43:15 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<2024.06.07-16:28:53>>, (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL) H.U. 180992
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: NO APLICA

--><<2024.06.12-15:30:51>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 181233

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2024.06.12-15:43:15>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 181233
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 07 DE JUNIO DEL 2024 REMITIDO DE TELLO-HUILA
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO EL DIA 12 DE JUNIO DEL 2024

30

** EXAMEN FISICO **

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076915659

ADMISION N_: 181233

NOMBRE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA **Num. Id-:** TI 1076915659

FECHA NACIMIENTO: 2014.03.11 **EDAD:** 10 A **SEXO:** 0 **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2024.06.12 **HORA DE INGRESO:** 15:43:15 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.12 15:43

DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 **CIUDAD:** TELLO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3118625411

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ISLENA CORREDOR DIAZ

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES **TA:** 10060 **FC:** 70 **FR:** 24 **Tmp:** 36.6 **PESO:** 57 **TALLA:** 150

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 : DOLOR A LA PALPACION CON LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE CADERA IZQUERDA CON ACORTAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA Y ROTACION DE LA MISMA.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S720 FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR

ANALISIS/PLAN

PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.12-15:42:56 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX DE FEMUR IZQUIERDO: FRACTURA POR DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

RX DE PELVIS: FRACTURA POR DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO.

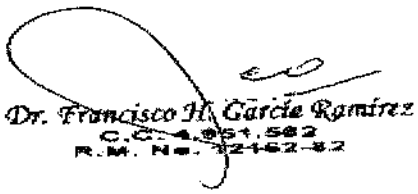
TAC DE CADERA IZQUIERDA CON RECONSTRUCCION: SE OBSERVA DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO PROXIMAL DE FEMUR CON DESPLAZAMIENTO POSTERIOR E INFERIOR.

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2024.06.12 **HORA DE EGRESO:** 15:42:56 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Registro Medico: 455

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

28

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 181233 - 10000

NOMBRE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA C.C. -TI-RC-OTRO 1076915659
EDAD: 10 A FECHA DE NACIMIENTO: 2014.03.11 SEXO: 0
DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 TELEFONO: 3118625411
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ISLENA CORREDOR DIAZ TELEFONO: 3118625411

FECHA: 2024.06.12
CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FEMUR (CUELLO, INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA) CON FIJACION INTER

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.06.07-16:28:53>>, (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL) H.U. 180992

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: NO APLICA

--->><<2024.06.12-15:30:51>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 181233

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2024.06.12-15:43:15>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 181233

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 07 DE JUNIO DEL 2024 REMITIDO DE TELLO-HUILA

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CUELLO FEMORAL IZQUIERDO EL DIA 12 DE JUNIO DEL 2024

EXAMEN FISICO:

PA: 124/59 **FC:** 86 **FR:** 22 **PESO:** 60 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPEERIOR 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:
TRACCION CUTANEA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO POR FRACTURA DE CUELLO DEL FEMUR

OTROS:
SIN ALTERACION

27

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 181233 - 10000

NOMBRE: CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA C.C. -TI-RC-OTRO 1076915659

EDAD: 10 A FECHA DE NACIMIENTO: 2014.03.11 SEXO: 0

DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 TELEFONO: 3118625411

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ISLENA CORREDOR DIAZ TELEFONO: 3118625411

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

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

INR: Hemoclasificiación: Grupo:

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S720
FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA RAQUIDEA, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.06.12 **HORA:** 13:05:29

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
Cobillos	Conde	Dorc	6269566

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
22 6 24	10	M F	157	63	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
CX			

B - EVALUACION PREANESTESIA

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

DIAGNOSTICO: Fractura de tercio distal de tercero [illegible]

OPERACION PROPUESTA Reducción abierta + osteosíntesis de tercero [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

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL

RQ intubación monitoria anestesia general balanceada [illegible] analgesia [illegible].

ESTADO PSICOLOGO [illegible]

NECESITA SANGRE	C.C.	PREMEDICACION	FIRMA
NO	NO		

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Cx

REPARACION E A C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION Cx

CONCIENCIA Ok

DIURESIS Ok

SENSIBILIDAD Ok

PIEL [illegible]

HEMORRAGIA —

REFLEJOS +

MOTILIDAD +

42 40 38 36 34 32 30 28 26

180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA 15:30

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

COMENTARIOS

Ingresa vigil a sal. de recupera bajo efecto general + Ra Sin dolor ni complicación

TOTALES

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

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejores

FIRMA [illegible]

25

EFECTOS PREMEDICACION:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO Fractura de cuello de fémur izq

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION Reducción abierta + osteosíntesis del fémur izq

ANESTESIOLOGOS [illegible] CIRUJANOS [illegible]

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

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

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO 4 y NIVEL T10 AGUJA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____ E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I O T No. ____ ▽
I N T No. ____
E O T No. ____ △
E N T No. ____

PULSO ◉
RESPIRACION ○
T.A. XX
INDUCCION Ø
INICIACION Y FINALIZACION ◉
NEONATO MASC ♂ FEM. ♀
FC XXX
T° ____
TORNIQUETE ▭
EC
1 AL 5 = LIQUIDOS
6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES
1 Solu 2%
2 Bupi 0,5 15 mg
3
4
5

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

HEMORRAGIAS
DIURESIS

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6 150 mg	7 75 mg	8 KW
9 2 mg	10 2	11 50 mg	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO: Consciente

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO: Consciente

OBSERVACIONES:

Monitoreo [illegible]
preoxigenación inducción EV con #3 despierta
con [illegible] en
En decúbito [illegible] [illegible] dificultosa
[illegible] en [illegible] y [illegible] en cuello
Bupi 0,5 15 mg

FIRMA Y COD [illegible]

OBI MEDICAL S.A.S

901.727.815 -5

CR 17 #118 - 32

BOGOTÁ

CEL: 300-2229859

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Actividad económica de ICA: Bogotá: 201 (4.14 * 1000)
Código CIIU: 4773

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA

Número: 21
Fecha: 17 de Jun de 2024
Página: 1 de 1

Cliente:	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	**Medio de pago**	**Forma de pago**
Contacto:	3143759339	Crédito	60 DIAS
Nit:	800110181	**Vendedor:**	**Fecha vcto.**
Dirección:	CLL 18 6 65 BRR QUIRINAL **Ciudad:** NEIVA	901727815 OBI MEDICAL SAS	16 de 08 de 2024
Teléfono:		**OC. Nro** / **Docto. Alt** / **Remisiones**	
Correo:	radica.ortopedia@hotmail.com		

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente Danna valeria cubillos corredor **Historia Clínica** 1076915659 **Fecha de Cirugía** 12/06/2024

Doctor FRANCISCO HERNANDO GARCIA **Asesor técnico** DANIELA PEÑA **Hora de Cirugía** 03:30PM

Ref.	Descripción	R. Sanitario	UND	Cant.	Lote	Prec. Unit.	Vlr. Total	%Iva
I08CA7665	TORNILLO CANULADO 7,0 ACERO X65MM R16 (I08CA7665)	2019DM-0003484-R1	Unidad	1.00	11221353	558,800.00	558,800.00	0.00
I08CA7680	TORNILLO CANULADO 7,0 ACERO X 80MM R16 (I09CA7680)	2019DM-0003484-R1	Unidad	1.00	11217787	558,800.00	558,800.00	0.00
I09ARA013	ARANDELA 13MM ACERO PARA TORN 6,5 Y 7,0 (I09ARA013)	2019DM-0003484-R1	Unidad	1.00	12195707	67,900.00	67,900.00	0.00
I09CK2023	CLAVOS DE STEINMAN DE 2,0 X 230 (I09CK2023)	2019DM-0003484-R1	Unidad	2.00	12234885	56,600.00	113,200.00	0.00

Retención :	Tasa	Valor Total	IVA 19%	Base	Valor Total	Rte. ICA	Valor Total
		0.00		0.00	0.00		0.00

Total bruto	Descuentos	Sub total	Vlr impuestos	Vlr retención	Total
1,298,700.00	0.00	1,298,700.00	0.00	0.00	1,298,700.00

Valor letras: Un millon doscientos noventa y ocho mil setecientos pesos

NOTAS:

La presente Factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio según (Art. 774 del Código del comercio) después de vencida esta factura cobraremos intereses moratorios a la tasa máxima permitida
Documento Oficial de autorización de numeración de facturación

Autorización Numeración de Facturación No. 18764052844119 Numeración: HABILITADA Rango desde: FVE 1 hasta: FVE 1.000 Vigencia de 12 meses.

CUFE: 2cf4fc0cafc2094cc3a7cc839b9b9a108362c5972226b54cddf343a63aea52ada506a52cce85621cfb9c3b89488f1bfc

24

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

NEIVA,29-Jun-2024 10:50:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) | TIPO CONTRATO | ANEXO1 | VIA INGRESO AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS | EVENTO | | MOTIVO 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | EDAD | ANEXO2: | Fecha Ingreso: 2024.06.1 13:00
001 0 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 10 Años | | Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA	1 NIVEL I	TELLO	CRA 4 # 6 - 03	3118625411

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.12	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2024.06.12	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LLR	1.00
2024.06.12	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	75.00
2024.06.12	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	1.00
2024.06.12	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LLR	60.00
2024.06.12	ROP	PESADO	BUPIROP 0,5% PESADO AMP	LLR	1.00
2024.06.12	NIR	KETAMINAX	KETAMINA X 500MG/10ML	LLR	1.00
2024.06.12	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	LLR	1.00
2024.06.12	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	LLR	1.00
2024.06.12	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2024.06.12	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	5.00
2024.06.12	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2024.06.12	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	LLR	2.00
2024.06.12	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LLR	1.00
2024.06.12	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LLR	1.00
2024.06.12	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2024.06.12	BRA	SPINOCAN	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN	LLR	1.00
2024.06.12	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LLR	2.00
2024.06.12	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LLR	2.00
2024.06.12	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	3.00
2024.06.12	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	3.00
2024.06.12	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LLR	1.00
2024.06.12	KR	MASCARA	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE	LLR	1.00
2024.06.12	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	8.00
2024.06.12	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LLR	2.00
2024.06.12	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2024.06.12	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2024.06.12	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	3.00
2024.06.12	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LLR	3.00
2024.06.12	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	3.00
2024.06.12	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LLR	3.00

23

PACIENTE: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA **EDAD:** 10

DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 **TELEFONO:** 3118625411

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-63584 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.07 **N° POLIZA:** 8119915200

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 8 de junio de 2024						
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CPM1	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	CPM1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	CPM1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
10:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MFA	
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFA	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MFA	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
16:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
18:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
22:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	MFV1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFV1	

TOTAL SUMINISTRADO: 32.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 9 de junio de 2024						
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFV1	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1	
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	MFV1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFV1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1	
10:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MAPO	
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAPO	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MAPO	

22

PACIENTE: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA **EDAD:** 10

DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 **TELEFONO:** 3118625411

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63584 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.07 **Nº POLIZA:** 8119915200

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
10:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	MAPO	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MAPO	
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	CPM1	
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		DIA	CPM1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
18:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
18:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	CPM1	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 30.00

FECHA DEL CONTROL : lunes, 10 de junio de 2024

02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	MFA	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	MFA	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MFA	
10:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	DIS1	
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	DIS1	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
16:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MFV1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	MFV1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
18:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
22:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	MFV1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFV1	

TOTAL SUMINISTRADO: 31.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 11 de junio de 2024

02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	

21

PACIENTE: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA **EDAD:** 10

DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 **TELEFONO:** 3118625411

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63584 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.07 **Nº POLIZA:** 8119915200

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CPM1	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	CPM1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	CPM1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
10:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MFV1	
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
16:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	DIS1	
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
18:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 29.00

FECHA DEL CONTROL : miércoles, 12 de junio de 2024

02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFV1	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1	
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	MFV1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFV1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1	
10:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	CPM1	

20

PACIENTE: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA **EDAD:** 10

DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 **TELEFONO:** 3118625411

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63584 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.07 **Nº POLIZA:** 8119915200

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		DIA	CPM1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	CPM1	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
20:00:00	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
22:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	HAC1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 35.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 13 de junio de 2024

00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DIS1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	DIS1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	DIS1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFV1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFV1	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MFV1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	CPM1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		DIA	CPM1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
16:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPM1	
16:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
18:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
22:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	CPM1	

19

PACIENTE: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA **EDAD:** 10

DIRECCION: CRA 4 # 6 - 03 **TELEFONO:** 3118625411

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63584 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.07 **Nº POLIZA:** 8119915200

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 46.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 14 de junio de 2024

00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
00:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	HAC1
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1
04:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	NOCHE	HAC1
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	HAC1
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1
08:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DIS1
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1

TOTAL SUMINISTRADO: 22.00

16

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406120002

CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

202406120002

Documento	: TI1076915659	Género	: Femenino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2014-06-12	Edad	: 10 Años	Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso : 2024-06-12 08:07:27 am	F. Impreso : 2024-06-12 06:51:19 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	7.23	x 10^3/ul	4.50 - 13.50
Recuento de Globulos Rojos	4.66	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	13.1	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	37.5	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	80.6	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	28.1	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.9	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	348	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	59.8	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	33.0	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	5.4	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	1.80	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	4.32	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.39	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.39	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.13	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	10.0	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	40.4	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.9	%	11.5 - 14.5
PDW	15.6		
PCT	0.347	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	11.60	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	30.80	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.00		

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
fa0a4df5e9a4201c85bce44aea8a18b1162bac58361aabcd15067a3119fabd27baf8b30015b6dcc36f030a98eb19642a

Número de Factura: FE-10673
Fecha de Emisión: 25/06/2024
Fecha de Vencimiento: 25/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

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

Datos del Emisor / Vendedor

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

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

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	NIU	1,00	$ 11.257.200,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.257.200,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JUNIO DE 2024 DEL 11-20
Linea de negocio:

16

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-06-25 08:48:13
Documento generado el: 2024-06-25 08:48:12
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1

Subtotal	11.257.200,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.257.200,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total Impuesto (=)	0,00
Total Neto Factura (=)	11.257.200,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total Factura (=) COP $	11.257.200,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422862-8

LA SUMA DE ONCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($11,257,200)

POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 11 AL 20 DE 2024

JHON FREDI MUÑOZ VARGAS

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800

JULIANE ANDRES CHARRIA GARZON

202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

CRISTIAN JOHAN SILVA ACOSTA

202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	NITROGENO UREICO	$	16,500
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$	20,700
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	Hemograma IV	$	34,300
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	$	35,900
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	$	35,900
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	$	33,000
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	UROANALISIS	$	21,900
202406120001	CLINICA DE FRACTURAS	1076914904	DANIEL	MAURICIO	SOTTO	FIERRO	TI	M	TROPONINA CUANTITATIVA	$	105,900
DANNA VALERIA CUBILLOS CORREDOR											
202406120002	CLINICA DE FRACTURAS	1076915659	DANNA	VALERIA	CUBILLOS	CORREDOR	TI	F	Hemograma IV	$	34,300
202406120002	CLINICA DE FRACTURAS	1076915659	DANNA	VALERIA	CUBILLOS	CORREDOR	TI	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202406120002	CLINICA DE FRACTURAS	1076915659	DANNA	VALERIA	CUBILLOS	CORREDOR	TI	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
SOIR SALAZAR GONZALEZ											
202406120003	CLINICA DE FRACTURAS	1076986137	SOIR		SALAZAR	GONZALEZ	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$	20,700
202406120003	CLINICA DE FRACTURAS	1076986137	SOIR		SALAZAR	GONZALEZ	CC	M	Hemograma IV	$	34,300
202406120003	CLINICA DE FRACTURAS	1076986137	SOIR		SALAZAR	GONZALEZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202406120003	CLINICA DE FRACTURAS	1076986137	SOIR		SALAZAR	GONZALEZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202406120003	CLINICA DE FRACTURAS	1076986137	SOIR		SALAZAR	GONZALEZ	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800

202406200031	CLINICA DE FRACTURAS	1123301140	WILLIAM	JONATHAN	DIAZ	DIAZ	CC	M		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406200031	CLINICA DE FRACTURAS	1123301140	WILLIAM	JONATHAN	DIAZ	DIAZ	CC	M		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JAVIER MAURICIO JOVEL MUÑOZ											
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M		Hemograma IV	$ 34,300
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
										TOTAL	***$ 12,508,000***
										DESCUENTO DEL 10%	***$ 1,250,800***
										TOTAL A CANCELAR	***$ 11,257,200***

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.07.19
HORA:	08:46:41
PAGINA No:	1

Numero: 90367 Fecha Ex. 10/06/24 Hora 13:10
Nombre Paciente: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA
Dirección: CRA 4 # 6 - 03 Telefono:3118625411 Edad:10 A Sexo:0
Medico: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PELVIS Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

***HALLAZGOS**

Proyección AP del fémur izquierdo observándose nuevamente la fractura del cuello femoral con las características previamente descritas en una de las imágenes se observa eventualmente fractura con desprendimiento del trocánter mayor.
Edema de tejidos blandos adyacentes a la articulación de la cadera.
El resto del examen de la diáfisis del fémur observado en las imágenes presentadas no muestra otras alteraciones.

RADIOGRAFIA DE PELVIS

***HALLAZGOS**

Proyección AP neutra de la pelvis observándose imagen de fractura del cuello femoral con ascenso de la diáfisis femoral, la fractura se advierte impactada y con deformidad en coxa vara.

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:	24.07.19
HORA:	08:46:58
PAGINA No:	1

Numero: 90386 Fecha Ex. 11/06/24 Hora 13:13
Nombre Paciente: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA
Dirección: CRA 4 # 6 - 03 Telefono:3118625411 Edad:10 A Sexo:0
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: REPETIDA X
Observacion: RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la cadera izquierda observándose la fractura del cuello femoral ya referida en los exámenes anteriores y en la actualidad fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (tornillos intraóseos) que siguen el eje del cuello femoral.
Hay marcado edema de tejidos blandos adyacentes al foco de fractura de la cadera.

FIRMA

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

10

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.07.19
HORA:	08:47:07
PAGINA No:	1

Numero: 90387 Fecha Ex. 11/06/24 Hora 13:20
Nombre Paciente: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA
Dirección: CRA 4 # 6 - 03 Telefono:3118625411 Edad:10 A Sexo:0
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE CADERA IZQUIERDA 3D Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE CADERA IZQUIERDA 3D

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras óseas de la cadera izquierda.

HALLAZGOS:

En el examen es evidente la presencia de un extenso foco de fractura de aspecto proximal del cuello femoral inmediatamente por debajo de la cabeza (subcapital), desplazada angulada e impactada con esclerosis de los bordes fracturados especialmente en cabeza femoral con tendencia a la deformidad en coxa vara y con fragmento óseo desprendido hacia el foco de fractura en su aspecto superior.
Hay reconstrucciones multiplanares sagitales y coronales y reconstrucción volumétrica en 3D en la que nuevamente se advierte las fracturas descritas con las características determinadas.
En la reconstrucción en 3D también se advierte la fractura del cuello femoral claramente impactada de la deformidad en coxa vara.
En el estudio llama la atención la presencia de reacción esclerótica de la superficie articular de los bordes de fracturas.

FIRMA

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

9

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.07.19
HORA:	08:47:27
PAGINA No:	1

Numero: 90460 Fecha Ex. 12/06/24 Hora 08:21
Nombre Paciente: 1076915659 CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA
Dirección: CRA 4 # 6 - 03 Telefono: 3118625411 Edad: 10 A Sexo: 0
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA

***HALLAZGOS**

Proyección AP lateral y oblicua de la cadera izquierda observándose imagen de fractura del cuello femoral satisfactoriamente corregida alineada fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (tornillos intraóseos) que siguen el eje del cuello femoral.
La relación articular coxofemoral es satisfactoria.
Edema de tejidos blandos adyacentes al foco de fractura.

FIRMA _____

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

6

HOSPITAL MIGUEL BARRETO LOPEZ
NIT. 813004018-1
CARRERA 6 N 4 - 56 (Tel:8488002)

Remisiones
202406070130 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Dia: 07 **Mes:** 06 **Año:** 2024 **No. Historia Clinica:** RC1076915659

Paciente (Datos Basicos)

Nombres y Apellidos	DANNA VALERIA CUBILLOS CORREDOR			
Documento de Identidad:	TI 1076915659	**Genero:** Femenino	**Edad:**	11/03/2014 - 10 Ano(s)
Dirección: ROSA BLANCA			**Telefono:**	3142020348
Municipio: TELLO		**Departamento:** Huila		**Zona:** Urbana
Responsable del Usuario:	ISLENA CORREDOR			
Aseguradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES	**Regimen:**	SOAT	

Datos de las Referencias

Fecha Ingreso	**Fecha Egreso**	**Servicio que Remite**	**Especialidad**
07/06/2024	07/06/2024	URGENCIA.	MEDICO GENERAL
Modalidad de Solicitud		**Servicio al que se remite**	**Especialidad**
Remision		ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Remisión

Motivo: Nivel de competencia **Autorización:** X

Descripción:
PACIENTE FEMENINA, DE 10 AÑOS DE EDAD, ESTUDIANTE, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN EL BARRIO ROSA BLA NCA, DEL MUNICIPIO DE TELLO – HUILA, INGRESA EN CAMILLA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL, EN COMPAÑIA DE LISENIA, MAMA, QUIEN REFIERE QUE A LAS12:00 DE HOY 07/06/2024, MIENTRAS SE DESPALZABA POR EL BARRIO LA PORTADA, COMO PASAJERA DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS VSC 29G, LA CONDUCTORA CONGE UN HUECO EN LA VIA, HACIENDOLA CAER AL PISO, OCASIONANDOSE TRAUMA EN CA DERAS, DE PREDOMINIO IZQUIERDO, CON POSTERIOR DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL ES AUXILIADA POR PERSONAL INSTITU CIONAL, QUIENES TRAEN A ESTA INSTITUCION, PARA VALORACION Y MANEJO MEDICO. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, AL GICA, QUEJUMBROSA, CON DOLOR A LA PALPACION DE CADERA IZQUIERDA, LIMITACION DEL MOVIMIENTO, POR DOLOR, ACORTAMIENTO Y DE SVIACION EXTERNA DEL MIEMBRO INFERIOR LESIONADO; SE CONSIDERA POSIBLE FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA, POR LO QUE SE INICIA ANAL GESIA ENDOVENOSA Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA SE LE EXPLIC A A LA PACIENTE CLARAMENTE SU DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, TRATAMIENTO, CONDUCTA A SEGUIR, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES, P ACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. NOTA: SE DEJA CONSTANCIA DEL USO DE LOS EPP SUMINITRADOS POR LA ENTIDAD, PARA PREVENIR EL C ONTAGIO DEL COVID 19 (BATA MANGA LARGA, GORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN L A ATENCION DEL PACIENTE.

Médico que Remite:

SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON
MEDICO GENERAL
Cedula 55159377
Registro Profesional 18312

DX Principal :	FRACTURA DEL ACETABULO	**Código CIE:**	S324
Relacionado 1:	MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	**Código CIE:**	V299

Nivel de Competencia

Nivel que Remite: 1 **Nivel al que Remite:** 1

Hora Solicitud

Hora: 13 **Minutos:** 04

Hora Confirmación

Hora: 13 **Minutos:** 04

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): X

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)

Hora: **Minutos:**

Nombre del Conductor: **No. Placa Ambulancia:**

Impreso por:

7

Helena P. Carvajal R.
CC 1.082.803.162 Tolú (N)

HELENA PATRICIA CARVAJAL RIVAS
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Registro Profesional 1082803162

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.076.915.659
CUBILLOS CORREDOR

APELLIDOS
DANNA VALERIA

NOMBRES
Danna Valeria

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-2014
NEIVA
(HUILA)

FECHA DE VENCIMIENTO 11-MAR-2032 | G.S. RH O+ | SEXO F

19-ABR-2023 TELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADURÍA NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO 1.004.344.400

CUBILLOS CORREDOR

APELLIDOS

YULIZA MICHEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-2003

TELLO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

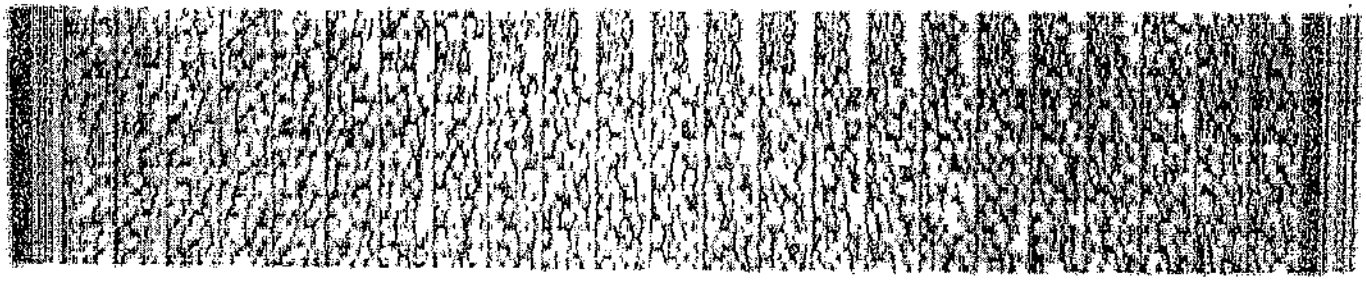
O+
G.S. RH

F
SEXO

30-ABR-2021 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
AL EXTENDER VECES RECHA

INDICE DERECHO



P-1500100-[illegible] 0017448291CA 1 [illegible]

9

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030725493

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VSC29G	TVS	RAIDER 125	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
AF3AR14D9941	N	9FL25AF38RDJ28802

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9FL25AF38RDJ28802	N	9FL25AF38RDJ28802	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CUBILLOS CORREDOR YULIZA MICHEL	C.C. 1004344400

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
12

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
48202300605367

I/E
I

FECHA IMPORT.
25/09/2023

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - RESPALDO FINANCIERO SAS

FECHA MATRÍCULA
19/12/2023

FECHA EXP. LIC. TTO.
19/12/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA





LT0700290620

Powered by CamScanner

RUNT COLOMBIA VIDA 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:	VSC29G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10030725493	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	TVS	LÍNEA:	RAIDER 125
MODELO:	2024	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9FL25AF38RDJ28802	NÚMERO DE MOTOR:	AF3AR14D9941
NÚMERO DE CHASIS:	9FL25AF38RDJ28802	NÚMERO DE VIN:	9FL25AF38RDJ28802
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	19/12/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8119915200	18/12/2023	19/12/2023	18/12/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 08/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62845 fechada el dia 24.08.16 cuyo paciente es CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

HISTORIA No. 1076915659

GLOSA No: ZGL-1-48233 **SINIESTRO:** 62845

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21602- PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 1679200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 1679200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, EL CODIGO 21602 HACE REFERENCIA AL VALOR DE CADA ESTUDIO REALIZADO ES DECIR EL VALOR DEL DISPARO. POR TANTO, SE DEBE PAGAR POR CADA DISPARO REALIZADO Y NO LA UTILIZACION DEL EQUIPO PARA TODO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, COMO ESTA ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 23 NUMERAL 6 DEL DECRETO 2423/96. DE LO CONTRARIO CITAR EN QUE ARTICULO DEL DECRETO NOS INDICA QUE SE DEBE CANCELAR POR ACTO QUIRURGICO Y NO POR DISPARO.

Recibido
10 de Octubre del 2024
20307659

equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	11,821,974.00
VALOR GLOSADO :	1679200.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1679200.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 08/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-62845 fechada el dia 24.08.16 cuyo paciente es CUBILLOS CORREDOR DANNA VALERIA

HISTORIA No. 1076915659

GLOSA No: ZGL-1-48233 **SINIESTRO:** 62845

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21602- PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 1679200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 1679200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, EL CODIGO 21602 HACE REFERENCIA AL VALOR DE CADA ESTUDIO REALIZADO ES DECIR EL VALOR DEL DISPARO. POR TANTO, SE DEBE PAGAR POR CADA DISPARO REALIZADO Y NO LA UTILIZACION DEL EQUIPO PARA TODO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, COMO ESTA ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 23 NUMERAL 6 DEL DECRETO 2423/96. DE LO CONTRARIO CITAR EN QUE ARTICULO DEL DECRETO NOS INDICA QUE SE DEBE CANCELAR POR ACTO QUIRURGICO Y NO POR DISPARO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	11,821,974.00
VALOR GLOSADO :	1679200.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1679200.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20301235	**No.**	198418	**Siniestro**	90752406	**No. Factura**	FEC162845		
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	07/06/2024	**Fecha aviso**	11/07/2024	**Fecha recepción**	10/09/2024		
Fecha formalización	10/09/2024	**Fecha liquidación**	26/09/2024	**Póliza**	811991520	**Vigencia**	19/12/2023	**hast**	18/12/2024
Id tomador	1004344400	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1076915659	**Nombre**	DANNA VALERA CUBILLOS CORREDOR						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	13471	OSTEOSÍNTESIS EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDILEA)		100%	886,700	0	886,700
1	39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 13		100%	525,200	0	525,200
1	39124	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 13		100%	254,600	0	254,600
1	39215	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 13		100%	1,368,700	0	1,368,700
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	649,000	0	649,000
6	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	2,081,400	0	2,081,400
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	90,400	0	90,400
2	21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS Y COXO FEMORALES	/	100%, 100%	153,400	0	153,400
8	21602	PORTÁTILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIRÓFANOS)| AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	NO SE RECONOCE SIETE 21602 COBRO NO PERTINENTE DE ACUERDO CON LOS SOPORTES APORTADOS./NO SE RECONOCE SIETE 21602 COBRO NO PERTINENTE DE ACUERDO CON LOS SOPORTES APORTADOS.	100%, 100%	1,679,200	1,679,200	0
1	21714	PELVIS		100%	643,400	0	643,400
1	21722	RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:		100%	1,002,500	0	1,002,500
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
4	39130	ATENCIÓN DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO	//	100%, 100%, 100%	331,200	0	331,200
1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO		100%	61,200	0	61,200
1	39139	CONSULTA PREANESTESICA		100%	61,200	0	61,200
1	777100	MAOS			1,298,700	0	1,298,700
1	77702	INSUMOS			181,650	0	181,650

1	77701	MEDICAMENTOS		100%	420,824	0	420,824

1001	Cobrado	11,821,974
1002	Obj. Parcial	1,679,200
1003	Liquidado	10,142,774

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

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

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:10:32 PM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC162845

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-16 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
0ec7b6c3734a70955e173ba8f8240c5b66748e61c170cc9c6b7ff854135c7b83236a622fa37211f2087623add85080de

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
11821974

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-15 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
fe56f6f28f49bba0068d92627ab3162b5216c2018ae2df3b8f6db0174d9dc56b535a7672934285dafadca25d02d81d26

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-16 05:31:35.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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. FEC162845

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-16 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
0ec7b6c3734a70955e173ba8f8240c5b66748e61c170cc9c6b7ff854135c7b83236a622fa37211f2087623add85080de

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

CUDE:
e8f55c7668d25c64853f1eacbe5db69c449c0779ecc624b2b07ef750905ed45504cbb23d8c006f0a60569045b478dc4f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-16 05:56:04.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
3101f77691ef78a12668e70be7a17e4f26d8b1b0cb913642b2f800824a56d52b086c0fe08ed5e05f8c6cd6d84c0e5121

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:46:02.000 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. FEC162845

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-16 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
0ec7b6c3734a70955e173ba8f8240c5b66748e61c170cc9c6b7ff854135c7b83236a622fa37211f2087623add85080de

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
6003acf46de00b2dce01925f9191dc1d23aecff4525c9d17511842dacd52b6ea998e5a58135893c4eb53c5770f022329

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:46:15.000 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: 2/7/2025 -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 ,2024.08.20	11:03:55	2024.09.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62891

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 178556
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.04.24 - 17:33 2024.04.25 - 21:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075251427 COY ORTIZ MARIA ANDREA EDAD : 33 Años
DIRECCION: CLLE 65 # 1 D -22 NEIVA TELEFONO: 3152250325
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								12	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								8	4,892	39,136
19996775-01	ISODINE SOLUCION								20	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								20	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.24	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.24	873121		APG				1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.04.24	873411		APG				1	76,700	76,700
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2024.04.24	871040		APG				1	139,300	139,300
21143	SACROCOCCIX	2024.04.24	871050		APG				1	108,700	108,700
21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)	2024.04.24	879201		APG				1	643,400	643,400
21716	ABDOMEN TOTAL	2024.04.24	879420		APG				1	946,500	946,500

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2021-12-[illegible] por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00053595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 350f668fad40ab943362c217f3b1b6741c82c05cb4ae687c7b49545f607dd[illegible]e2bad9[illegible]2cf2fa405303c7476

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO NIT: 93.395.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S NIT: 900.390.126 - 6

Recibido!
10 de Septiembre del 2024
20301238

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.20	11:03:55	2024.09.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62891

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: 178556
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2024.04.24 - 17:33
FEC-HORA EGRESO: 2024.04.25 - 21:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075251427 COY ORTIZ MARIA ANDREA
EDAD : 33 Años
DIRECCION: CLLE 65 # 1 D -22 NEIVA
TELEFONO: 3152250325

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								12	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								8	4,892	39,136
19996775-01	ISODINE SOLUCION								20	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X GC ECAR.								20	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.24	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.24	873121		APG				1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.04.24	873411		APG				1	76,700	76,700
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2024.04.24	871040		APG				1	139,300	139,300
21143	SACROCOCCIX	2024.04.24	871050		APG				1	108,700	108,700
21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)	2024.04.24	879201		APG				1	643,400	643,400
21716	ABDOMEN TOTAL	2024.04.24	879420		APG				1	946,500	946,500

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

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

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

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

Cufe: 350f668fad40ab943362c217f3b1b6741c82c05cb4ae687c7b49545f607dd4e2bad9f2d66529b892cf2fa405303c7476

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

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

30

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 ,2024.08.20	11:03:55	2024.09.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62891

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
31105	ABDOMEN SUPERIOR, INCLUYE: HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS	2024.04.25	881305		APG				1	254,600	254,600
31110	VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSBDOMINAL)	2024.04.25	881332		APG				1	194,400	194,400
	LABORATORIOS										
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.04.24	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.04.24	902208						1	34,300	34,300
19775	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO	2024.04.24	907106						1	21,900	21,900
19775	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO	2024.04.25	907106						1	21,900	21,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.04.24	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.04.24	902049						1	48,500	48,500
	AMBULANCIAS										
	TRANSPORTE IDA Y VUELTA BASTICO URBANO	2024.04.25	TR008						1	347,000	347,000
	OTROS										
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.04.25	890602		JOH				1	82,800	82,800
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.04.25	890602		HJC				1	82,800	82,800
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.04.24	890602		JOH				1	61,200	61,200
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.04.24	890602		HJC				1	61,200	61,200
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.04.24	890701		APG				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.04.24	S22101		DKA				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	4,203,484	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,203,484

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.20 11:10:00 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: 350f668fad40ab943362c217f3b1b6741c82c05cb4ae687c7b49545f607dd4e2bad9f2d66529b892cf2fa405303c7476

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:	62891
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,251,492
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 951,992
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

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

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 62891

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
COY	ORTIZ

1er.Nombre	2do.Nombre
MARIA	ANDREA

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1075251427

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 05/03/1991 Sexo: F[X] M O

Direccion: CLLE 65 # 1 D -22

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3152250325

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 [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

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

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 10 CON CALLE 12 A SUR

Fecha Evento/Accidente: 24/04/2024 Hora: 17:08

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA VTH40G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL SER COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]
No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: VTH40G

Tipo de Vehiculo: Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

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

Poliza SOAT No 8121787300 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 02/04/2024 Hasta: 01/04/2025

42

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

NO REGISTRA	NO REGISTRA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: CC [X] CE NIT CD PT PE SC DE TI — No. Documento NO REGISTRA

Direccion: CLLE 65 # 1 D -22

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3152250325 Total Folios: 0

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

COY	ORTIZ
1er.Apellido	2do.Apellido
MARIA	ANDREA
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: CC [X] CE AS MS PA RC TI PT PE SC CD DE — No. Documento 1075251427

Direccion: CLLE 65 # 1 D -22

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3152250325

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo: Placa Ambulancia:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·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 Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R

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

Fecha de ingreso: 24/04/2024 a las 17:33

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S301 CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

Diagnostico relacionado de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Fecha de Egreso: 25/04/2024 a las 21:32

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S301 CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

Diagnostico relacionado de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

ANGELICA	MARIA
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
PRADAGOMEZ	
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento CC [X] CE PA PT PE — No. Documento 55302763

N·mero de Registro de Medico 55302763

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4203484	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.04.24 — HORA DE INGRESO: 17:33
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.04.25 — HORA DE EGRESO: 21:32
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S301 - CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
RELACIONADO1: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO2: S700 - CONTUSION DE LA CADERA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.04.24-17:47:46 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA VTH40G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL SER COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 05:35 PM
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE URMEDICA DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO DE HOY 24/04/2024, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.
NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO FIBRE NO VOMITO, NO TOS.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/69 FC: 62 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 168 PESO: 62 IMC: 22 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS, CON DOLOOR DIFUSO EN EL ABDOMEN, CON PRESENCIA DE PREDOMINIO EN CUADRANTE INFERIOR. NO SIGNO DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES

37

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

<<PELVIS>>
DOLOR EN PELVIS A LA PALPACION Y MOVILIZACION.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO CON DOLOR EN REGION LUMBOSACRA Y EN COXIS. AL EXAMEN DE EXTREMIDADES SE EVIDENICA SIMETRICAS, CON DOLOR EDEMA LIMITACION FUNCIONAL EN CODO ANTEBRAZO MANO MUÑECA DERECHA Y FEMUR BILATERAL.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASIONES EN CODO, ANTEBRAZO Y MANO DERECHA CON CONTAMINACION.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

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

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA, PT Y TPT, INR CREATININA, UROANALISIS
TAC DE ABDOMEN SIMPLE
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA:

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR 500 CC AHORA Y CONTINUAR A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.04.24-18:47:58 MEDICO: / (AUXIL. DKA - DANNA KATHERINE AVENDAÑO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 17:48 / 17:49 DURACION: 00:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: DANNA KATHERINE AVENDAÑO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

17:48HRS// 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 BRAZO + MANO SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 24.04.24-18:58:54 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE ABDOMEN SIMPLE: NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA:NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL

RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX:NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL

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

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

38

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO:NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO:NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

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

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

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

*** FECHA: 24.04.24-18:59:06 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE ABDOMEN SIMPLE: NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA:NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL

RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX:NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL

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

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO:NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO:NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

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

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

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** FECHA: 24.04.24-19:00:44 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMAS MULTIPLES
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON CON DOLOR EN REGION LUMBOSACRA Y EN COXIS. AL EXAMEN DE EXTREMIDADES SE EVIDENICA SIMETRICAS, CON DOLOR EDEMA LIMITACION FUNCIONAL EN CODO ANTEBRAZO MANO MUÑECA DERECHA Y FEMUR BILATERAL.
NEUROVASCULAR NORMAL
RX SE OBSERVAN NORMALES
DX: TRAUMA EN COLUMNA LUMBOSACRA Y COXIS
PLAN: SE INDICA ANTE PREENCIA DE DOLOR INTENO EN REGION LUMBOSACRA, TOMA DE TAC A ESTE NIVEL PARA DECARTAR TRAZOS DE FRACTURA QUE NO SE PERCIBEN EN ETUDIO DE RX INICIAL.
MANEJO DEL DOLOR Y DEJAR EN OBSERVACION.

*** FECHA: 24.04.24-19:02:40 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE COLUMNA LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS): TAC DE COLUMNA LUMBOACRA.

*** FECHA: 24.04.24-19:41:44 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE COLUMNA LUMBOACRA: NO FRACTURA, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR, ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 24.04.24-22:16:18 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEUC:7520, NEUT:58.9, LINF:34.4, HGB:14.9, HTO:41.9, PLAQ:338.000
CREATININA:0.9
PT:13.8, INR:0.93, PTT:33.5

SIN LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, CREATININA NORMAL.

PENDIENTE UROANALISIS

*** FECHA: 24.04.24-23:40:24 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)*

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

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EVOLUCION:
CIRUGIA GENERAL
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE URMEDICA DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO DE HOY 24/04/2024, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.
NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 120/68 MMHG, FC: 70 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 TAC DE ABDOMEN: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOPERITONEO, SE EVIDENCIA A NIVEL DE HUECO PELVICO APARENTA CAMBIOS INFLAMATORIOS PERIVESICAL.

DX:
TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN Y PELVIS

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE ABDOMEN Y PELVIS, SE DECIDE DEJAR EN OBSERVACION, PENDIENTE UROANALISIS PARA DETERMINAR HEMATURIA

***** FECHA: 24.04.25-06:07:23 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
UROANALISIS:LEUC:2-4XC, HEMATIES:>30XC, MOCO:+++, SANGRE 1+, RESTO NORMAL

UROANALISIS CON HEMATURIA MICROCOPICA

***** FECHA: 24.04.25-06:33:09 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 33 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN Y PELVIS EN QUIEN DOCUMENTAMOS EN TOMOGRAFIA A NIVEL DE HUECO PELVICO APARENTA CAMBIOS INFLAMATORIOS PERIVESICAL, REPORTE DE UROANALISIS CON HEMATURIA, POR LO CUAL REQUIERE VALORACION POR UROLOGIA, POR AHORA NO REQUIERE MANEJO QX URGENTE POR NUESTRO SERVICIO.

** PLAN DE MANEJO:
SS VALORACION POR UROLOGIA

***** FECHA: 24.04.25-08:59:12 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

32

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON HEMATURIA Y CAMBIOS INFLAMTORIOS PERIVESICALES. SS ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URINARIAS, SE AJUSTA LEV

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URINARIAS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR IV A 80 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.04.25-09:03:22 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION, CON TAC DE COLUMNA LUMBOACRA QUE DESCARTA LESIONES OSEAS, SUGIERE TRAUMA VESICAL, SE CIERRA INTERCONSULTA POR ORTOPEDIA.

*** FECHA: 24.04.25-16:03:12 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
se corrige orden de ecografia, por solicitud de imagenes diangosticas:

- ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (PARA EVALUAR VIA RENAL)

-ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS

*** FECHA: 24.04.25-16:49:44 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
se ordena uroanalisis de control

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
- ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (PARA EVALUAR VIA RENAL): NORMAL.

-ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS: NORMAL.

DRA SANDRA PATRICIA ROJAS
RADIOLOGIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

UROANALISIS DE CONTROL

*** FECHA: 24.04.25-21:08:59 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

UROANALISIS:LEUC:2-4XC, HEMATIES:8-10XC, SANGRE NEGATIVO RESTO NORMAL

CON DISMINUCION DE HEMATIES.

*** FECHA: 24.04.25-21:32:44 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE MANIFIESTA QUE POR SITUACION DE INDOLE PERSONAL NO ESTA DISPUESTA A ESPERAR EN URGENCIAS LA VALORACION DE UROLOGIA, SE INSISTE AL PACIENTE HACIENDO REFERENCIA A LA NECESIDAD DEL MANEJO PARA EVITAR COMPLICAICONES FUTURAS TALES COMO INFECCIONES, SEPSIS Y MUERTE. PACIENTE PERSISTE EN SU NEGATIVA. AMPARADO EN EL PRINCIPIO DE RESPETO POR LA AUTONOMIA Y EN LOS ARTICULOS 16 Y 18 DE LA CONSTITUCION POLITICA SE RESPETA ESTE DESEO; SIN EMBARGO, SE DEJARÁ CONSTANCIA DE DESISTIMIENTO INFORMADO QUE SE ANEXA A LA HISTORIA CLÍNICA

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA ABIERTA DE CONTROL CON EL SERVICIO DE UROLOGIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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

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

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

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

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

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

EPICRISIS No. 63741

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

PACIENTE: COY ORTIZ MARIA ANDREA

DOC.IDENT:	CC 1075251427	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLLE 65 # 1 D -22		
FCHA.NACTO:	1991.03.05	EDAD:	33 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152250325
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

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

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.04.25-21:34:14 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.25-21:32:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S301 - CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL		
RELACIONADO 1: S701 - CONTUSION DEL MUSLO		
RELACIONADO 2: S700 - CONTUSION DE LA CADERA		

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

DR@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 178556

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -178556 Fecha 2024/04/24

Nombre Paciente: COY ORTIZ MARIA ANDREA - 1075251427 Edad: 33 Sexo: F

Quien Realiza: DKA- DANNA KATHERINE AVENDAÑO Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S301-CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
3. S701-CONTUSION DEL MUSLO
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA
5. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
6. S500-CONTUSION DEL CODO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S301-CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
3. S701-CONTUSION DEL MUSLO
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA
5. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
6. S500-CONTUSION DEL CODO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	DKA	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 17:48HRS// 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 BRAZO + MAÑO 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.

DANNA
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,25-Abr-2024 10:11:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS	
860028415 COY ORTIZ MARIA ANDREA	EVENTO			**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.04.2	17:33
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	33 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1075251427 COY ORTIZ MARIA ANDREA	1 NIVEL I		NEIVA	CLLE 65 # 1 D -22	3152250325

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.04.24	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	DKA	10.00
2024.04.24	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	DKA	10.00
2024.04.24	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	DKA	6.00
2024.04.24	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	DKA	2.00
2024.04.24	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	DKA	1.00

PACIENTE: 1075251427 COY ORTIZ MARIA ANDREA **EDAD:** 33

DIRECCION: CLLE 65 # 1 D -22 **TELEFONO:** 3152250325

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62842 **FECHA SINIESTRO:** 2024.04.24 **Nº POLIZA:** 8121787300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	miércoles, 24 de abril de 2024					
17:48:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
17:48:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
17:48:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
17:48:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
17:48:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	DISI	
17:48:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	DISI	
17:48:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		DIA	DISI	
17:48:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DISI	
17:48:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DISI	
17:48:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DISI	

TOTAL SUMINISTRADO: 17.00

FECHA DEL CONTROL :	jueves, 25 de abril de 2024				
01:48:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
01:48:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
01:48:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
01:48:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA
01:48:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
01:48:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA
01:48:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
05:48:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
05:48:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
09:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI
09:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	DANI
09:48:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI
09:48:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI
09:48:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI
09:48:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	DANI
09:48:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DANI
09:48:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DANI
09:48:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DANI
15:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI
15:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI
21:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI
21:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI

TOTAL SUMINISTRADO: 28.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

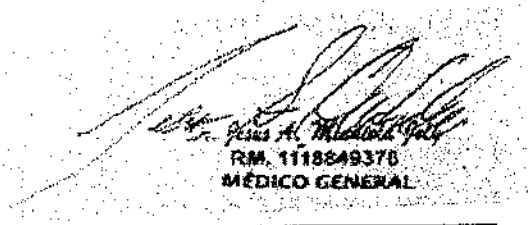
DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: COY ORTIZ MARIA ANDREA No. Identif. 1075251427 Edad. 33

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.04.25

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	20.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:**	20.00	1 por Aplicacion
* CEFALEXINA 500 MG	**Cant.:**	24.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS



MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -208306

FECHA EMISION:	2024.04.25
HORA:	21:43:19
PAGINA No:	1

USUARIO: COY ORTIZ MARIA ANDREA **FECHA DE PEDIDO:** 2024/04/25

DOC.IDENT: CC 1075251427 **CAMA:** - **ORIGEN:**

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

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	LAS CAJA TABL	CEFALEXINA 500 MG	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:	24.07.05
HORA:	08:54:20
PAGINA No:	1

Numero: 89080 Fecha Ex. 24/04/24 Hora 16:58
Nombre Paciente: 1075251427 COY ORTIZ MARIA ANDREA
Dirección: CLLE 65 # 1 D -22 Telefono: 3152250325 Edad: 33 A Sexo: F
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE ABDOMEN 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 aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del fémur izquierdo observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de las estructuras del fémur aparentes en la única proyección presentada.
Moderado edema de los tejidos blandos del muslo.

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del fémur derecho observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de las estructuras del fémur aparentes en la única proyección presentada.
Moderado edema de los tejidos blandos del muslo.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la columna lumbosacra observándose escoliosis lumbar alta de concavidad izquierda.
En la placa lateral los cuerpos vertebrales presentan altura alineamiento y densidad ósea normales.
Los espacios intervertebrales y los contornos óseos del canal medular están conservados.

RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del sacro cóccix observándose estas estructuras óseas con morfología general y disposición normal sus relaciones articulares están conservadas y no hay evidencia de fracturas.

RADIOGRAFIA DE PELVIS

93

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.07.05
HORA:	08:54:20
PAGINA No:	2

Numero: 89080 Fecha Ex. 24/04/24 Hora 08:08
Nombre Paciente: 1075251427 COY ORTIZ MARIA ANDREA
Dirección: CLLE 65 # 1 D -22 Telefono:3152250325 Edad:33 A Sexo:F
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE ABDOMEN SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

*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 illacas 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 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:

En la placa digital inicial se advierte escoliosis lumbar de concavidad izquierda.
La distribución de gas intestinal es normal y las líneas preperitoneales se consideran normales.
El tejido pulmonar observado a nivel de la unión toraco abdominal no muestra alteraciones no hay focos pulmonares consolidados derrames pleurales ni cámaras de neumotórax.
En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se advierten irregularidades.
El hígado tiene morfología general contornos y densidad homogénea conservada.
El bazo no muestra alteraciones.
Segmentos del páncreas y de la vesícula biliar sin alteraciones.
Las glándulas suprarrenales tienen contexto normal y simétrico.
Los riñones tienen morfología general, contornos y densidad ósea normales.
No hay dilatación de los sistemas colectores, pero se advierte una pequeña formación nodular densa calcificada de 4 milímetros de espesor cortico subcortical hacia el tercio medio inferior del riñón derecho sin dilatación de los sistemas colectores.
Aorta y vena cava inferior con trayecto y diámetros normales.
No hay evidencia de alteraciones retroperitoneales.
Los pilares diafragmáticos y los músculos psoas presentan aspecto normal y simétrico.
En la cavidad pélvica se observa la vejiga urinaria en situación central de contornos regulares, sin defectos intrínsecos.
El útero moderado aumentado de tamaño contorno lobulares para aclarar.
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 líquidas ni presencia de líquido libre en cavidad peritoneal.

22

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.07.05
HORA:	08:54:20
PAGINA No:	3

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:	24.07.05
HORA:	08:54:31
PAGINA No:	1

Numero: 89081 Fecha Ex. 24/04/24 Hora 15:24
Nombre Paciente: 1075251427 COY ORTIZ MARIA ANDREA
Dirección: CLLE 65 # 1 D -22 Telefono:3152250325 Edad:33 A Sexo:F
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE COLUMNA LUMBAR (HASTA TRES Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE COLUMNA LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor de la columna lumbar desde T12 hasta L2.

HALLAZGOS:

También se anexa reconstrucciones multiplanares sagitales y coronales.
En las imágenes axiales los cuerpos vertebrales observados tienen morfología general contornos y densidad ósea usuales.
Las láminas las apófisis espinosas las apófisis transversas no muestran alteraciones.
Los forámenes neurales y los recesos laterales se consideran conservados.
Hay esclerosis de articulaciones Inter facetarias a nivel de L5 S1 sin otros hallazgos asociados.
En las imágenes de reconstrucción sagitales y coronales se observa alineamiento de la columna lumbar normal.
Los cuerpos vertebrales tienen altura disposición normal.
Los espacios intervertebrales están conservados.
Los diámetros y los contornos óseos del canal medular tienen contexto normal. También se observa en la placa lateral oblicua los forámenes neurales izquierdos derechos amplios y libres.
Conclusión columna lumbar:

Ver descripción.

FIRMA

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

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202404240029

COY ORTIZ MARIA ANDREA — **202404240029**

Documento	: CC1075251427	Género	: Femenino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1991-04-24	Edad	: 33 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-04-24 08:58:12 pm F. Impreso : 2024-04-25 05:27:59 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	7.52	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.57	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	14.9	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	41.9	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	91.7	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	32.6	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.6	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	338	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	58.9	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	34.4	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	5.4	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	1.30	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	4.43	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.59	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.40	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.10	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	10.2	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	40.7	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	11.7	%	11.5 - 14.5
PDW	16.1		
PCT	0.344	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.9	mg/dl	0.5 - 1.0

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202404240029

COY ORTIZ MARIA ANDREA — **202404240029**

Documento	: CC1075251427	**Género**	: Femenino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1991-04-24	**Edad**	: 33 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-04-24 08:58:12 pm	**F. Impreso** : 2024-04-24 09:53:44 pm

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	13.80	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	33.50	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.93		

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologo

MICROSCOPIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
UROANALISIS			
Acido Ascorbico	0	mmol/L	

Firma Digital: DIANA EUGENIA HERNANDEZ

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.571009 10

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
UROANALISIS			
PROTEINAS	NEGATIVO		
GLUCOSA	NEGATIVO		
DENSIDAD	1.030		
NITRITOS	NEGATIVO		
LEUCOCITOS	NEGATIVO		
SEDIMENTO			
CELULAS EPITELIALES	6-8/C		
LEUCOCITOS	2-4/C		
HEMATIES	>30/C		
BACTERIAS	+		
MOCO	+++		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
CETONAS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NORMAL		
PH	5.0		
SANGRE	1+		
ASPECTO	LIG. TURBIO		
COLOR	AMARILLO		

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202404250030

COY ORTIZ MARIA ANDREA

202404250030

Documento	: CC1075251427	Género	: Femenino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1991-04-24	Edad	: 33 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-04-25 05:50:00 pm F. Impreso : 2024-04-25 06:53:20 pm

MICROSCOPIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
UROANALISIS			
PROTEINAS	NEGATIVO		
GLUCOSA	NEGATIVO		
DENSIDAD	1.025		
NITRITOS	NEGATIVO		
LEUCOCITOS	NEGATIVO		
SEDIMENTO			
CELULAS EPITELIALES	4-6/C		
LEUCOCITOS	6-8/C		
HEMATIES	8-10/C		
BACTERIAS	+		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
CETONAS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NORMAL		
PH	5.5		
SANGRE	NEGATIVO		
ASPECTO			
ASPECTO	LIG TURBIO		
COLOR			
COLOR	AMARILLO		
Acido Ascorbico	NEGATIVO	mmol/L	
Calciuria	1	mmol/L	
Creatinuria	26.4	mmol/L	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

DAVIVIENDA

Comprobante de Transacción
Fecha: 14/06/2024 11:17:28

Descripción de la Transacción:
Empresa: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
Usuario: MARTHA LUCIA POLANIA CUELLOS
Origen de los fondos:
Tipo de producto: CUENTA DE AHORROS
Número de producto: ********9875

Destino de los fondos:
Transacción: Pago a Proveedores
Monto: $ 33.519.075,00
Descripción: Pago a Proveedores

Fecha: 13/06/2024
Hora: 14:40:19
Número de documento: 59549961

Banco	Tipo Destino	Número Destino	Titular	Valor	Estado	Motivo
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	********2182	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA	$ 33.519.075,00	Pago Exitoso	

16

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

CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE y MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. **900.422.862-8**, certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT No. **800.110.181-9** se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022, 2023 y de los meses de ENERO, a ABRIL de 2024, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los seis (06) días del mes de abril de 2024.

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

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

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

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

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
0dea041996db0c1cf24e8d0af87b8f12f400f7ca06f7b0c0eda5b1fd96119aa485153ad63681adbe98091c5b8269f025

Número de Factura: FE-10435
Fecha de Emisión: 06/05/2024
Fecha de Vencimiento: 05/06/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691
País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: Cl. 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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

No.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO-	NIU	1,00	$ 11.257.830,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.257.830,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE ABRIL DE 2024 (21 AL 30)
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-05-06 08:06:26
Documento generado el: 2024-05-06 08:06:25
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

SUBTOTAL	11.267.830,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.267.830,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0,00
Total Impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	11.267.830,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 11.267.830,00

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

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422862-8

LA SUMA DE ONCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS MCTE ($11.257.830)

POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE ABRIL (21-30)

ORDEN	CLIENTE	DOCUMENTO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
MONICA TRUJILLO PERDOMO										
202404210001	CLINICA DE FRACTURAS	52915034	MONICA		TRUJILLO	PERDOMO	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404210001	CLINICA DE FRACTURAS	52915034	MONICA		TRUJILLO	PERDOMO	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404210001	CLINICA DE FRACTURAS	52915034	MONICA		TRUJILLO	PERDOMO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404210001	CLINICA DE FRACTURAS	52915034	MONICA		TRUJILLO	PERDOMO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404210001	CLINICA DE FRACTURAS	52915034	MONICA		TRUJILLO	PERDOMO	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JONANTAN SUAZA LOSADA										
202404210003	CLINICA DE FRACTURAS	1004416383	JONANTAN		SUAZA	LOSADA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404210003	CLINICA DE FRACTURAS	1004416383	JONANTAN		SUAZA	LOSADA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404210003	CLINICA DE FRACTURAS	1004416383	JONANTAN		SUAZA	LOSADA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404210003	CLINICA DE FRACTURAS	1004416383	JONANTAN		SUAZA	LOSADA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404210003	CLINICA DE FRACTURAS	1004416383	JONANTAN		SUAZA	LOSADA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
202404210003	CLINICA DE FRACTURAS	1004416383	JONANTAN		SUAZA	LOSADA	CC	M	GLISEMIA BASAL	$ 20,700
EMILSON ZUNIGA										
202404210004	CLINICA DE FRACTURAS	410010022	EMILSON		ZUÑIGA		CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404210004	CLINICA DE FRACTURAS	410010022	EMILSON		ZUÑIGA		CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700

AYSEL DAHIAN GARCIA CUENCA										
202404240026	CLINICA DE FRACTURAS	1116082936	AYSEL	DAHIAN	GARCIA	CUENCA	RC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404240026	CLINICA DE FRACTURAS	1116082936	AYSEL	DAHIAN	GARCIA	CUENCA	RC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404240026	CLINICA DE FRACTURAS	1116082936	AYSEL	DAHIAN	GARCIA	CUENCA	RC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404240026	CLINICA DE FRACTURAS	1116082936	AYSEL	DAHIAN	GARCIA	CUENCA	RC	F	UROANALISIS	$ 21,900
MARIA ANDREA COY ORTIZ										
202404240029	CLINICA DE FRACTURAS	1075251427	MARIA	ANDREA	COY	ORTIZ	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404240029	CLINICA DE FRACTURAS	1075251427	MARIA	ANDREA	COY	ORTIZ	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404240029	CLINICA DE FRACTURAS	1075251427	MARIA	ANDREA	COY	ORTIZ	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404240029	CLINICA DE FRACTURAS	1075251427	MARIA	ANDREA	COY	ORTIZ	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
202404240029	CLINICA DE FRACTURAS	1075251427	MARIA	ANDREA	COY	ORTIZ	CC	F	UROANALISIS	$ 21,900
MARIA ANDREA COY ORTIZ										
202404250030	CLINICA DE FRACTURAS	1075251427	MARIA	ANDREA	COY	ORTIZ	CC	M	UROANALISIS	$ 21,900
JUAN MANUEL NUÑEZ SANCHEZ										
202404250002	CLINICA DE FRACTURAS	1077238657	JUAN	MANUEL	NUÑEZ	SANCHEZ	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404250002	CLINICA DE FRACTURAS	1077238657	JUAN	MANUEL	NUÑEZ	SANCHEZ	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404250002	CLINICA DE FRACTURAS	1077238657	JUAN	MANUEL	NUÑEZ	SANCHEZ	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
BRAYAN ALEJANDRO ORTIZ LASSO										
202404250016	CLINICA DE FRACTURAS	1075310057	BRAYAN	ALEJANDRO	ORTIZ	LASSO	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404250016	CLINICA DE FRACTURAS	1075310057	BRAYAN	ALEJANDRO	ORTIZ	LASSO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300

202404300002	CLINICA DE FRACTURAS	1075317437	DANIELA		MENDEZ	ROJAS	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404300002	CLINICA DE FRACTURAS	1075317437	DANIELA		MENDEZ	ROJAS	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404300002	CLINICA DE FRACTURAS	1075317437	DANIELA		MENDEZ	ROJAS	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
ADRIANA RUBIANO LOZANO										
202404300030	CLINICA DE FRACTURAS	1075308869	ADRIANA		RUBIANO	LOZANO	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404300030	CLINICA DE FRACTURAS	1075308869	ADRIANA		RUBIANO	LOZANO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404300030	CLINICA DE FRACTURAS	1075308869	ADRIANA		RUBIANO	LOZANO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
YULIETH ASTRITH GAVIRIA MARTINEZ										
202404300039	CLINICA DE FRACTURAS	1110545070	YULIETH	ASTRITH	GAVIRIA	MARTINEZ	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404300039	CLINICA DE FRACTURAS	1110545070	YULIETH	ASTRITH	GAVIRIA	MARTINEZ	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404300039	CLINICA DE FRACTURAS	1110545070	YULIETH	ASTRITH	GAVIRIA	MARTINEZ	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
DIEGO ALEJANDRO GOMEZ MEDINA										
202404300040	CLINICA DE FRACTURAS	1075255073	DIEGO	ALEJANDRO	GOMEZ	MEDINA	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404300040	CLINICA DE FRACTURAS	1075255073	DIEGO	ALEJANDRO	GOMEZ	MEDINA	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404300040	CLINICA DE FRACTURAS	1075255073	DIEGO	ALEJANDRO	GOMEZ	MEDINA	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JUAN DIEGO QUIROGA HERNANDEZ										
202404300041	CLINICA DE FRACTURAS	1075545885	JUAN	DIEGO	QUIROGA	HERNANDEZ	RC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404300041	CLINICA DE FRACTURAS	1075545885	JUAN	DIEGO	QUIROGA	HERNANDEZ	RC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404300041	CLINICA DE FRACTURAS	1075545885	JUAN	DIEGO	QUIROGA	HERNANDEZ	RC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
TOTAL										*$ 12,508,700*
DESCUENTO DEL 10%										*$ 1,250,870*
TOTAL A CANCELAR										*$ 11,257,830*

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT. 800.110.181 - 9

Calle 18 No. 6 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ACUERDO (011)

Por medio del cual se adoptan las tarifas para la prestación del servicio de ambulancia para el año 2024

CODIGO	SERVICIO	VALOR
TR006	TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL BASICO URBANO	$ 213.000
TR004	TRANSPORTE POR REMISION BASICO URBANO	$ 213.000
TR008	TRANSPORTE IDA Y VUELTA BASICO URBANO	$ 347.000
TR004	TRANSPORTE POR REMISION CON MEDICO BASICO URBANO	$ 583.000
TR120	TRANSPORTE POR REMISION MEDICALIZADO URBANO	$ 784.000
TR006	TRANSPORTE IDA Y VUELTA MEDICALIZADO	$ 1.232.000
TR007	TRANSPORTE POR REMISION BASICO URBANO COVID	$ 600.000

Las presentes tarifas rigen de 3 de enero hasta el 31 de diciembre 2024.

Se expide en Neiva, el 3 de enero del 2024.

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
GERENTE
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

SALUDLASER S.A.S.

900.324.272-2

CERTIFICACION

Los suscritos **GERENTE y CONTADOR GENERAL** de SALUDLASER **S.A.S**, con NIT No. **900.324.272-2**, 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 cuentas correspondientes a los años 2022, 2023 y en lo corrido del año al 30 de JUNIO de 2024, por concepto de TRASLADOS PRIMARIOS DE PACIENTES SOAT, TRANSPORTE MEDICALIZADO y TRANSPORTE DE PACIENTES POR REMISIONES INTERINSTITUCIONALES.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los dos (02) días del mes de agosto de 2024

Duver Usma Falla.
DUVER ANDREY USMA FALLA
C.C. No. 1.083.840.808 NEIVA
Gerente

Gloria Pascuas de P
GLORIA PASCUAS DE POLANIA
C.C. No. 36.159125 NEIVA
Contador Público T.P. No.25.062-T

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT. 800.110.181 - 9
Calle 18 No. 8 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753435 Neiva - Huila

ORDEN DE SERVICIO SALIDA DE PACIENTE

NUMERO DE CONSECUTIVO INTERNO: 002

FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO: URGENCIAS

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1075251427

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: MARIA ANDREA COY ORTIZ

CARGO DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MED GENERAL

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: DRA. CARLOS ANDRADE

EMPRESA ENCARGADA DEL TRASLADO DEL PACIENTE: Saludlaser

DESTINO DEL PACIENTE: Uni diag

PERSONAL ENCARGADO DEL TRASLADO DEL PACIENTE: Mauricio Lucio, Karen moñoz

NÚMERO DE MOVIL: 4 660233

NOMBRE CONDUCTOR: Mauricio Lucio

TIPO DE AMBULANCIA: TAB

NOMBRE DEL APH: Karen moñoz

ENTREGA

Karen moñoz

RECIBE

HORA: 15:18

7

Saludlaser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA — 46201

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
05 04 24	15:18	15:23		15:38	R A N V B

No. HISTORIA CLINICA: 1 0 3 2 5 1 4 2 7

1er apellido	2do apellido	Nombres
Coy	Ortiz	Maria

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
05 08 1991	M F ✓	T.I.	C.E.			33 AÑOS

RESIDENCIA ACTUAL				
Direccion:	calle 65 # 1A 22	Barrio:	Municipio:	
Departamento:	Huila	Pais:	Telefono	3 LS 0 3 2 5

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No:		
clinica fracturas ortopedica	Residencia		Trabajo				Estudiantil
	Via publica	✓	Otros		EPS-C		Prepagada
	Comercio		Cual:	Placa:	EPS-S	✓ Sanitas	Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
	✓	Accidente Tránsito		Terrorismo	Catàstrofe
		Accidente Laboral		Lesion por agresiòn	Otro
		Accidente Comun		Enfermedad General	

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Trasladado rodando de clinica de fracturas hasta ambulancia para la toma de ss ecografia renal y de vias urinarias se traslada en movil 4 G-G-U-233

Alergias: No

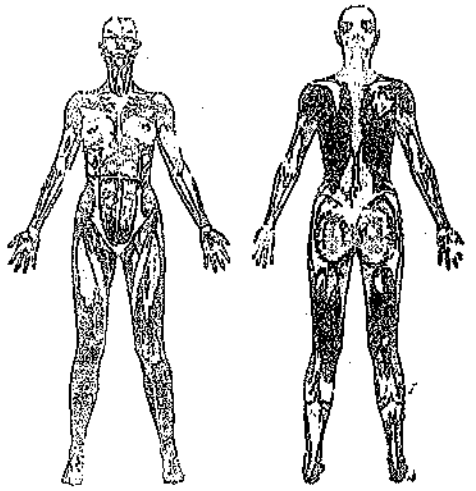
Medicamentos: No

Antecedentes Patalògicos: No

Ultimo Alimento: No horas | Embarazo | SI | | ✓

Cirugias: No

EXAMEN FISICO | TA. | FC: | FR: | T°



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE: consciente alertada anxico

RESPIRA SI ✓ NO | PULSO SI ✓ NO

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP		Monitoreo
	Aspiraciòn		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenaciòn		Inmovilizacion MsSs	✓	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilaciòn		Inmovilizacion Total		

UNIDIAG NIT. 900.582.589-7 Unidades Diagnósticas Especializadas

IMPRESION DIAGNOSTICA: Trasladado rodando de clinica de fracturas hasta

UNIDIAG NIT. 900.582.589-7 Unidades Diagnósticas Especializadas

Traslado a:

Recibido por:

Se entrega | Vivo ✓ | Muerto | FIRMA

OBSERVACIONES

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM | TAB ✓

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Varon

Nombre Conductor: Mauricio

6

UNIDIAG

Nombre Paciente: MARIA ANDREA - COY ORTIZ
ID Paciente: CC 1075251427

Fecha Nacimiento: 1991-03-05 / 33 Años

Contrato: CLINICA DE FRACTURAS **Procedencia:** Ambulatorio **Comprobante No:** I51519I

Procedimientos: 881332 - ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES- VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL) **Fecha Cita:** 2024-04-25

ECOGRAFÍA RENAL Y VÍAS URINARIAS

Los riñones son de tamaño, forma, contorno y eco estructura normal, con adecuada diferenciación cortico medular y sin evidencia de lesiones focales intraparenquimatósas, dilatación del sistema pielocalicial ni colecciones perirenales.

El riñón derecho mide en su diámetro longitudinal 119 mm, transverso 46 mm y antero posterior 50 mm, con espesor de la cortical de 12 mm.

El riñón izquierdo mide en su diámetro longitudinal 110 mm, transverso 48 mm y antero posterior 50 mm, con espesor de la cortical de 15 mm.

La vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales

OPINIÓN:

- **ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES**

NOTA: En la realización del estudio se adoptan los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención del SARS-COV 2/COVID 19 que incluyo lavado de manos según las recomendaciones de la OMS; además de la utilización de equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente; así como limpieza y desinfección de los equipos después de la atención que cada usuario.

Sandra P. Rojas

Realizado por SANDRA PATRICIA ROJAS RUEDA
Médico Radiólogo
RM# 0426 2024-04-25 16:10:31.0
Transcrito por FLOR ANGELA ARIAS CELIS - Fecha y hora de transcripción 2024-04-25 16:10:31.0

RECUERDE que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico, y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico, *si hay una discrepancia entre su impresión clínica y nuestro informe, por favor póngase en contacto con nosotros.*

Powered by LUMIER DIGITAL SR-P Copyright © 2016 http://soltman.com.co

UNIDIAG

Nombre Paciente: MARIA ANDREA - COY ORTIZ
ID Paciente: CC 1075251427

Fecha Nacimiento: 1991-03-05 / 33 Años

Contrato: CLINICA DE FRACTURAS **Procedencia:** Ambulatorio **Comprobante No:** I515241

Procedimientos: 881305 - ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR **Fecha Cita:** 2024-04-25

ECOGRAFÍA RENAL

Los riñones son de tamaño, forma, contorno y eco estructura normal, con adecuada diferenciación cortico medular y sin evidencia de lesiones focales intraparenquimatosas, dilatación del sistema pielocalicial ni colecciones perirenales.

El riñón derecho mide en su diámetro longitudinal 119 mm, transverso 46 mm y antero posterior 50 mm, con espesor de la cortical de 12 mm.

En riñón izquierdo mide en su diámetro longitudinal 110 mm, transverso 48 mm y antero posterior 50 mm, con espesor de la cortical de 15 mm.

La vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales

OPINIÓN:
- ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES

NOTA: En la realización del estudio se adoptan los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención del SARS-COV 2/COVID 19 que incluye lavado de manos según las recomendaciones de la OMS; además de la utilización de equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente; así como limpieza y desinfección de los equipos después de la atención que cada usuario.

Sandra P. Rojas

Realizado por SANDRA PATRICIA ROJAS RUEDA
Médico Radiólogo
RM# 0426 2024-04-25 17:09:58.0
Transcrito por FLOR ANGELA ARIAS CELIS - Fecha y hora de transcripción 2024-04-25 17:09:58.0

RECUERDE que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico, y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico, si hay una discrepancia entre su impresión clínica y nuestro informe, por favor póngase en contacto con nosotros.

Powered by LUMIER DIGITAL SR-P Copyright © 2015 http://softman.com.co

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

Neiva, 24-04-2024

Señores
EQUIDAD
Ciudad

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

Yo MARIA ANDREA COY ORTIZ identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075251427, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad EQUIDAD, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente



Firma
Nombre: Maria Andrea Coy Ortiz
c.c. 1075251427 de Neiva

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

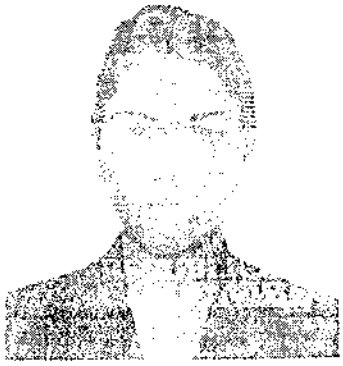
Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.251.427
COY ORTIZ
APELLIDOS
MARIA ANDREA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1991
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

12-MAR-2009 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1900100-00157649-F-1075251427-20090527 0011823086A 1 30972407

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:	VTH40G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031479385	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125DYN PRO+
MODELO:	2025	COLOR:	GRIS MATE VERDE
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	XS1P52QMI-3B23007339
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D81253SX000628	NÚMERO DE VIN:	9F2D81253SX000628
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	03/04/2024
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8121787300	01/04/2024	02/04/2024	01/04/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 10/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-62891 fechada el dia 24.08.20 cuyo paciente es COY ORTIZ MARIA ANDREA

HISTORIA No. 1075251427

GLOSA No: ZGL-1-48280 **SINIESTRO:** 62891

Recibido!
17 de Octubre del 2024
20308567

equidad seguros

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

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 180800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 180800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN FEMUR BILATERAL SI ES PERTIENENTE TODA VEZ QUE SE TRATA DE DOS LATERALIDADES DIFERENTES FEMUR DERECHO E IZQUIERDO. SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO REALIZADO ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-31105- ABDOMEN SUPERIOR, INCLUYE: HIGADO, PANCREAS, VIAS

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 63650.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 10/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-62891 fechada el dia 24.08.20 cuyo paciente es COY ORTIZ MARIA ANDREA

HISTORIA No. 1075251427

GLOSA No: ZGL-1-48280 **SINIESTRO:** 62891

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

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	180800.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	180800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN FEMUR BILATERAL SI ES PERTIENENTE TODA VEZ QUE SE TRATA DE DOS LATERALIDADES DIFERENTES FEMUR DERECHO E IZQUIERDO. SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO REALIZADO ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-31105- ABDOMEN SUPERIOR, INCLUYE: HIGADO, PANCREAS, VIAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	63650.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

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

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	63650.00	SE ANEXA LECTURASDE ESTUDIOS REALIZADOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS SE EVIDENCIA EL NOMBRE Y FIRMA DEL RADIOLOGO. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-31110- VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	48600.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	48600.00	SE ANEXA LECTURASDE ESTUDIOS REALIZADOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS SE EVIDENCIA EL NOMBRE Y FIRMA DEL RADIOLOGO. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-21715- ABDOMEN TOTAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	946500.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	946500.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS INICIALES EL PACIENTE PRESENTA DOLOR DIFUSO EN ABDOMEN CON PRESENCIA DE PREDOMINIO EN CUADRANTE INFERIOR. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE ABDOMEN REALIZADO PARA AYUDAR A DIAGNOSTICAR LA CAUSA DEL DOLOR YA QUE LAS IMAGENES POR TAC SE PUEDEN VISUALIZAR LOS ORGANOS INTERNOS, TEJIDOS BLANDOS O VASOS SANGUINEOS, QUE BRINDAN MAYORES DETALLES QUE LOS EXAMENES CONVENCIONALES Y POR ESTA RAZON NO SE PUEDE HOMOLOGAR A UNA TOMA DE ECOGRAFIA YA QUE LAS IMAGENES SON MENOS PRECISAS QUE UN TAC. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN

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

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

JUSTIFICACION:
REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 5: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:	VALOR ACEPTADO:
NUEVA GLOSA	9784.00		

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:	VALOR ACEPTADO:
ACEPTADA IPS 1 INSTANCIA	9784.00	SE ANEXA SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS.	4892.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL PACIENTE PRESENTA ABRASIONES Y SE LE REALIZA CURACION SOBRE LAS MISMAS SEGÚN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE Y DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 54. En los servicios de urgencias y consulta externa los derechos d sala se pagarán así:39202 Derechos de sala para curaciones PARAGRAFO. Los derechos de sala para suturas o curaciones, incluyen : uso de consultorio o sala, instrumental, material de sutura y curación, anestesia local y servicio de enfermería. CUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 54. En los servicios de urgencias y consulta externa los derechos d sala se pagarán así:39202 Derechos de sala para curaciones PARAGRAFO. Los derechos de sala para suturas o curaciones, incluyen : uso de consultorio o sala, instrumental, material de sutura y curación, anestesia local y servicio de enfermería. SE ANEXA EVIDENCIA DEL USO DEL CLORURO DE SODIO EN LA SALA. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 6: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	600.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

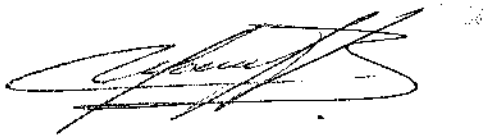
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE POR CRITERIO MEDICO ES DEJADO EN OBSERVACION Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

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

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	4,203,484.00
VALOR GLOSADO :	1249934.00
ACEPTADO IPS :	4892.00
VALOR REFUTADO:	1245042.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 04 OCT

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20301238	**No.**	195091	**Siniestro**	90744637	**No. Factura**	FEC162891

Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	24/04/2024	**Fecha aviso**	30/04/2024	**Fecha recepción**	10/09/2024	
Fecha formalización	10/09/2024	**Fecha liquidación**	26/09/2024	**Póliza**	812178730	**Vigencia**	02/04/2024	**hast**	01/04/2025

Id tomador	1075251427	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1075251427	**Nombre**	MARIA ANDREA COY ORTIZ
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S301	**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJAS DESECHABLE POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		18,300	600	17,700
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (2) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , , , , ,	100%	177,584	9,784	167,800
4	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	278,800	0	278,800
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE DOS 21102 FEMUR BILATERAL NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	180,800	180,800	0
1	21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS Y COXO FEMORALES		100%	76,700	0	76,700
1	21142	COLUMNA LUMBOSACRA		100%	139,300	0	139,300
1	21143	SACROCOCCIX		100%	108,700	0	108,700
1	21715	ABDOMEN TOTAL	NO SE RECONOCE 21715 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	946,500	946,500	0
1	21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)		100%	643,400	0	643,400
1	31105	ABDOMEN SUPERIOR, INCLUYE: HÍGADO, PÁNCREAS, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS	SE DESCUENTA 25% DE 31110 Y 31105 POR CARENCIA DE REPORTE DE RADIÓLOGO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ART 23 PARÁGRAFO 1 DEL DECRETO 2423/1996	100%	254,600	63,650	190,950
1	31110	VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSBDOMINAL)	SE DESCUENTA 25% DE 31110 Y 31105 POR CARENCIA DE REPORTE DE RADIÓLOGO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ART 23 PARÁGRAFO 1 DEL DECRETO 2423/1996	100%	194,400	48,600	145,800
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS		100%	19,800	0	19,800
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
2	19775	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO		100%, 100%	43,800	0	43,800
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
2	39130	ATENCIÓN DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO		100%	165,600	0	165,600
2	39132	VALORACIÓN INICIAL		100%	122,400	0	122,400

		INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO					
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
1	77703	SERVICIO DE AMBULANCIA		100%	347,000	0	347,000

1001	**Cobrado**	**4,203,484**
1002	**Obj. Parcial**	**1,249,934**
1003	**Liquidado**	**2,953,550**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 178556

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -178556 Fecha 2024/04/24

Nombre Paciente: COY ORTIZ MARIA ANDREA - 1075251427 Edad: 33 Sexo: F

Quien Realiza: DKA- DANNA KATHERINE AVENDAÑO Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S301-CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
3. S701-CONTUSION DEL MUSLO
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA
5. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
6. S500-CONTUSION DEL CODO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S301-CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL
3. S701-CONTUSION DEL MUSLO
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA
5. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
6. S500-CONTUSION DEL CODO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 17:48HRS// 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 BRAZO + MANO 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.

DANNA
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,25-Abr-2024 10:11:3

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

860028415 COY ORTIZ MARIA ANDREA | EVENTO | | MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN | REGIMEN | EDAD | ANEXO2: | Fecha Ingreso: 2024.04.2 17:33

001 0 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 33 Años | | Fecha Egreso :

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

1075251427 COY ORTIZ MARIA ANDREA | 1 NIVEL I | NEIVA | CLLE 65 # 1 D -22 | 3152250325

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.04.24	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	DKA	10.00
2024.04.24	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	DKA	10.00
2024.04.24	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	DKA	6.00
2024.04.24	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	DKA	2.00
2024.04.24	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	DKA	1.00

UNIDIAG

Nombre Paciente: MARIA ANDREA - COY ORTIZ
ID Paciente: CC 1075251427

Fecha Nacimiento: 1991-03-05 / 33 Años

Contrato: CLINICA DE FRACTURAS

Procedencia: Ambulatorio

Comprobante No: [51519]

Procedimientos: 881332 - ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES- VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)

Fecha Cita: 2024-04-25

ECOGRAFÍA RENAL Y VÍAS URINARIAS

Los riñones son de tamaño, forma, contorno y eco estructura normal, con adecuada diferenciación cortico medular y sin evidencia de lesiones focales intraparenquimatósas, dilatación del sistema pielocalicial ni colecciones perirenales.

El riñón derecho mide en su diámetro longitudinal 119 mm, transverso 46 mm y antero posterior 50 mm, con espesor de la cortical de 12 mm.

El riñón izquierdo mide en su diámetro longitudinal 110 mm, transverso 48 mm y antero posterior 50 mm, con espesor de la cortical de 15 mm.

La vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales

OPINIÓN:

- **ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES**

NOTA: En la realización del estudio se adoptan los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención del SARS-COV 2/COVID 19 que incluya lavado de manos según las recomendaciones de la OMS; además de la utilización de equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente; así como limpieza y desinfección de los equipos después de la atención que cada usuario.

Sandra P. Rojas

Realizado por SANDRA PATRICIA ROJAS RUEDA
Médico Radiólogo
RM# 0426 2024-04-25 16:10:31.0
Transcrito por FLOR ANGELA ARIAS CELIS - Fecha y hora de transcripción 2024-04-25 16:10:31.0

RECUERDE *que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico, y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico, si hay una discrepancia entre su impresión clínica y nuestro informe, por favor póngase en contacto con nosotros.*

Powered by LUMIER DIGITAL SR-P Copyright © 2015 http://softman.com.co

UNIDIAG

Nombre Paciente: MARIA ANDREA - COY ORTIZ
ID Paciente: CC 1075251427
Fecha Nacimiento: 1991-03-05 / 33 Años

Contrato: CLINICA DE FRACTURAS **Procedencia:** Ambulatorio **Comprobante No:** I51524I

Procedimientos: 881305 - ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR **Fecha Cita:** 2024-04-25

ECOGRAFÍA RENAL

Los riñones son de tamaño, forma, contorno y eco estructura normal, con adecuada diferenciación cortico medular y sin evidencia de lesiones focales intraparenquimatosas, dilatación del sistema pielocalicial ni colecciones perirenales.

El riñón derecho mide en su diámetro longitudinal 119 mm, transverso 46 mm y antero posterior 50 mm, con espesor de la cortical de 12 mm.

En riñón izquierdo mide en su diámetro longitudinal 110 mm, transverso 48 mm y antero posterior 50 mm, con espesor de la cortical de 15 mm.

La vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales

OPINIÓN:
- ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES

NOTA: En la realización del estudio se adoptan los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención del SARS-COV 2/COVID 19 que incluye lavado de manos según las recomendaciones de la OMS; además de la utilización de equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente; así como limpieza y desinfección de los equipos después de la atención que cada usuario.

Sandra P. Rojas

Realizado por SANDRA PATRICIA ROJAS RUEDA
Médico Radiólogo
RM# 0426 2024-04-25 17:09:58.0
Transcrito por FLOR ANGELA ARIAS CELIS - Fecha y hora de transcripción 2024-04-25 17:09:58.0

RECUERDE que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico, y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico, si hay una discrepancia entre su impresión clínica y nuestro informe, por favor póngase en contacto con nosotros.

Powered by LUMIER DIGITAL SR-P Copyright © 2015 http://soltman.com.co

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:10:58 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. FEC162891

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
350f668fad40ab943362c217f3b1b6741c82c05cb4ae687c7b49545f607dd4e2bad9f2d66529b892cf2fa405303c7476

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4203484

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-19 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
9dac881f42dba8f4220e00ac07414929e273494024eb1a675bccc4b75d427a4427cdc8d4df2ee47bc98a7da8ab9f7234

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-20 11:07:00.000 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. FEC162891

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
350f668fad40ab943362c217f3b1b6741c82c05cb4ae687c7b49545f607dd4e2bad9f2d66529b892cf2fa405303c7476

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

CUDE:
e8509977d13737756982a314b235f724a45aee069b42b43c44e1423bd21b7ca2cb87c31c2c55d4a85b3152475ee5d795

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-20 11:15:01.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
abfd4ed8d1f4ec4d1132ff935588ec393d83b28e371821c56eb43f9dc824aeedd40b275f7a52f0c31dabc03fc0d40d2f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:44:49.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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. FEC162891

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
350f668fad40ab943362c217f3b1b6741c82c05cb4ae687c7b49545f607dd4e2bad9f2d66529b892cf2fa405303c7476

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
e3a20f3e245a44e4fafca607a7a0769e4d89c36d9bc51ee25e8e171c8f0d8853c305f00b9c1b196b0253057199a5e284

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:45:01.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.08.21	16:09:37	2024.09.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62964

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 180767
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.06.02 - 16:40 | 2024.06.03 - 00:58

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 12134518 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS EDAD : 57 Años
DIRECCION: CARRERA 12 N 2 23 NEIVA TELEFONO: 3108034312
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	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	2024.06.02	873206				SAP		1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.02	873206				SAP		1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.02	873206				SAP		1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.02	873121				SAP		1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.02	873121				SAP		1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.06.02	879111				SAP		1	690,900	690,900
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.06.03	890402				JCO		1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.06.03	890302				FGR		1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.02	890701				SAP		1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.02	S22101				CLO		1	29,300	29,300

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2021-12-[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: 6e1cc549e54cd59085fc9ed02ae7a4bf91e7219ba37f3d07ee1ba65e6a1ec193eddd7adc0f2b3131949fa35682db8134

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.385.491 - 0

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

Recibido!
10 de Septiembre del 2024
20301242

21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.06.21	16:09:37	2024.09.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62964

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: 180767

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.06.02 - 16:40
FEC-HORA EGRESO: 2024.06.03 - 00:58

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 12134518 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS
EDAD : 57 Años
DIRECCION: CARRERA 12 N 2 23 NEIVA TELEFONO: 3108034312

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19966775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	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	2024.06.02	873208		SAP				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.02	873206		SAP				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.02	873206		SAP				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.02	873121		SAP				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.02	873121		SAP				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.06.02	879111		SAP				1	690,900	690,900
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.06.03	890402		JCO				1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.06.03	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.02	890701		SAP				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.02	S22101		CLO				1	29,300	29,300

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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: 6e1cc549c54cd59085fc9ed02ae7a4bf91e7219ba37f3d07ee1ba65e6a1ec193eddd7adaf13c7131949fa35682db8134

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

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

21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.21	16:09:37	2024.09.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62964

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

VALOR BRUTO:	1,608,992	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,608,992

SON:UN MILLON SEISCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.21 04:15:38 PM

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

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

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

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

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

Cufe: 6e1cc549e54cd59085fc9ed02ac7a4bf91e7219ba37f3d07ee1ba65e6a1ec193eddd7adaf13c7131949fa35682db8134

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

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

20

FACTURA:	62964
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,593,800
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 15,192
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

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

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 62964

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
ARBELAEZ	CABRERA

1er.Nombre	2do.Nombre
JOSE	LUIS

Tipo de Documento: CC [X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 12134518

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 13/09/1966 Sexo: F [X] M O

Direccion: CARRERA 12 N 2 23

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3108034312

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 [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

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

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

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 21 CON CALLE 11 SUR

Fecha Evento/Accidente: 02/06/2024 Hora: 15:50

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA THK98C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COGER UN PERRO 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: SUZUKI Placa: THK98C

Tipo de Vehiculo:

Automovil [ ]	Bus [ ]	Buseta [ ]	Camion [ ]	Camioneta [ ]	
Campero [ ]	Microbus [ ]	Tractocamion [ ]	Motocicleta [X]	Motocarro [ ]	
Mototriciclo [ ]	Cuatrimoto [ ]	Moto extranjera [ ]	Vehic. Extranjero [ ]	Volqueta [ ]	

Codigo Aseguradora: AT1501

Poliza SOAT No 8120924900

Vigencia de la Poliza: Desde: 16/02/2024 Hasta: 15/02/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

2A

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
ARBELAEZ	CABRERA

1er.Nombre	2do.Nombre
JOSE	LUIS

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] No. Documento 12134518

Direccion: CARRERA 12 N 2 23

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3108034312 Total Folios: 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
ARBELAEZ	CABRERA

1er.Nombre	2do.Nombre
JOSE	LUIS

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] No. Documento 12134518

Direccion: CARRERA 12 N 2 23

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3108034312

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo: Placa Ambulancia:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·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 Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 02/06/2024 a las 16:40

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Fecha de Egreso: 03/06/2024 a las 00:58

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
SERGIO	ANDRES

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
PERDOMO	VARGAS

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] No. Documento 1075287614

N·mero de Registro de Medico 1075287614

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1608992	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 64460

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

PACIENTE: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

DOC.IDENT:	CC 12134518	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 12 N 2 23		
FCHA.NACTO:	1966.09.13	EDAD:	57 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3108034312
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2024.06.02	HORA DE INGRESO: 16:40
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2024.06.03	HORA DE EGRESO: 00:58
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO2: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

** DEL INGRESO

***** FECHA: 24.06.02-16:55:06 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA THK98C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COGER UN PERRO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 16+30
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE 7/24 DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.
NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 145/90 FC: 93 FR: 20 TEMP: 36.2 TALLA: 165 PESO: 68 IMC: 25 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. NO DOLOR EN MACIZO FACIAL, NO DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO PRESENTA DISNEA SUBJETIVA, NO DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, NO ALTERACION DE MECANICA RESPIRATORIA.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>

19

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

EPICRISIS No. 64460

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

PACIENTE: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

DOC.IDENT:	CC 12134518	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 12 N 2 23		
FCHA.NACTO:	1966.09.13	EDAD:	57 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3108034312
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	A+				

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS. MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO: DOLOR A LA PALPACION EN REGION CLAVICULAR, HOMBRO Y CODO CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO: DOLOR A LA PALPACION EN PIERNA DISTAL Y TOBILLO CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS (SIN EMBARGO, PRESENTA ESPORADICA DESORIENTACION EN TIEMPO), GLASGOW 15/15, CEFALEA INTENSA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR, NO PERDIDA DE LA CONSCIENCIA
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS Y CONTAMINADAS EN CODO IZQUIERDO, TOBILLO IZQUIERDO CON LIMITES A REGION DORSAL DE PIE IZQUIERDO
<<FANERAS>>
NORMAL, SIN LESIONES

** EVOLUCION:

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA Y NEUROCIRUGIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

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

EPICRISIS No. 64460

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

PACIENTE: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

DOC.IDENT:	CC 12134518	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 12 N 2 23		
FCHA.NACTO:	1966.09.13	EDAD:	57 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3108034312
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	A+				

*** FECHA: 24.06.02-16:55:41 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.06.02-20:14:11 MEDICO: / (AUXIL. CLO - CARMEN LIGIA OLAYA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 16:55 / 16:58 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

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

*** FECHA: 24.06.03-00:41:40 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

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

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

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

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

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

EPICRISIS No. 64460

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

PACIENTE: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

DOC.IDENT:	CC 12134518	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 12 N 2 23		
FCHA.NACTO:	1966.09.13	EDAD:	57 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3108034312
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	A+				

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

*** FECHA: 24.06.03-00:46:12 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 10 HORAS, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) , ACOMPAÑADO DE (DESORIETACION EN EL MOMENTO DEL EVENTO) CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL PARAMEDICO QUE TRAE A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ESCORIACIONES EN CARA Y EXTREMIDADES
GLASGOW 15
TAC CEREBRAL: NORMAL
IDX: TRAUMA DE CRANEO
CONMOCION CEREBRAL
ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ALTERACION RADIOLOGICA, NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO
PLAN: SALIDA.
ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

*** RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA **

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

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

4. LO QUE NO PUEDE HACER:
" NO TOMAR NINGÚN TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

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

EPICRISIS No. 64460

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

PACIENTE: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

DOC.IDENT:	CC 12134518	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 12 N 2 23		
FCHA.NACTO:	1966.09.13	EDAD:	57 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3108034312
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	A+				

" NO TOMAR MEDICAMENTOS QUE PUEDAN INDUCIR AL SUEÑO.
" NO HACER EJERCICIO
" NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS
" NO TRASNOCHAR
" NO ANDAR EN MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

*** FECHA: 24.06.03-00:50:38 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 30 DIAS CON EL DR ORTIZ
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

*** RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA **

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

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

4. LO QUE NO PUEDE HACER:
" NO TOMAR NINGÚN TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

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

EPICRISIS No. 64460

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

PACIENTE: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

DOC.IDENT:	CC 12134518	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 12 N 2 23		
FCHA.NACTO:	1966.09.13	EDAD:	57 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3108034312
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	A+				

" NO TOMAR MEDICAMENTOS QUE PUEDAN INDUCIR AL SUEÑO.
" NO HACER EJERCICIO
" NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS
" NO TRASNOCHAR
" NO ANDAR EN MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

*** FECHA: 24.06.03-00:56:10 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN HOMBRO, CODO, PIERNA Y RODILLA IZQUIERDO ,
AL EXAMEN FISICO: CON DOLOR , LIGERO EDEMA HOMBRO, CODO, PIERNA Y RODILLA IZQUIERDO NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 7 DIAS

*** FECHA: 24.06.03-00:58:39 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOTICOS Y ANTECEDENTES PREVIAMENTE ANOTADOS, EN EL MOENTO VALORADO POR ESPECIALISTA QUIEN INDICA ALTA HOSPITALARIA. CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL DE LUNES A VIERNES ANTESD E 11 AM CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE RASPONES O PELADURAS, 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.

14

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

EPICRISIS No. 64460

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

DOC.IDENT:	CC 12134518	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 12 N 2 23		
FCHA.NACTO:	1966.09.13	EDAD:	57 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3108034312
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	A+				

- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.

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

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

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.03-00:59:21 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.03-00:58:42 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO		
RELACIONADO 1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO		
RELACIONADO 2: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO		

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

Sergio A. Perdomo Vargas
Médico - USCO
C.C. 1.075.287.614
Sergio A. Perdomo Vargas

DR@. SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS
REG. MED: 1075287614

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 180767

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -180767 **Fecha** 2024/06/2

Nombre Paciente: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS - 12134518 **Edad:** 57 **Sexo:** M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Diagn%sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	CLO	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

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

Cam Olaya

QUIEN REALIZA

Jose Luis A

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 5-Jun-2024 10:28:5

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

860028415 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	EDAD	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2024.06.0	16:40
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	57 Años		Fecha Egreso :		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
12134518 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS	1 NIVEL I	NEIVA	CARRERA 12 N 2 23	3108034312

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.02	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.06.02	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.06.02	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.06.02	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.06.02	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00

PACIENTE: 12134518 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS **EDAD:** 57

DIRECCION: CARRERA 12 N 2 23 **TELEFONO:** 3108034312

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63510 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.01 **Nº POLIZA:** 8120924900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 2 de junio de 2024					
16:56:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	MFV1	
16:56:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
16:56:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS No. Identif. 12134518 Edad. 57

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.06.03

FORMULA MEDICA

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

RM. 1118849370
MEDICO GENERAL

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -210923

FECHA EMISION:	2024.06.03
HORA:	01:19:46
PAGINA No:	1

USUARIO: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS
FECHA DE PEDIDO: 2024/06/3
DOC.IDENT: CC 12134518 **CAMA:** -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.06.14
HORA:	10:39:54
PAGINA No:	1

Numero: 90199 Fecha Ex. 02/06/24 Hora 11:00
Nombre Paciente: 12134518 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS
Dirección: CARRERA 12 N 2 23 Telefono:3108034312 Edad:57 A Sexo:M
Medico: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP de la clavícula izquierda observándose esta estructura ósea con morfología general contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de la clavicula izquierda en la única proyección presentada.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

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

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas de las estructuras óseas de la pierna.
Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del cuello del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.
No se descarta la posibilidad de esguince.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte imagen de fractura con solución de continuidad del ala derecha del puente nasal.
No se anotan otras alteraciones de la calota craneana.
Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.
Anotándose pequeños artefactos focales nodulares desde el aspecto central del hemisferio cerebral derecho.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.06.14
HORA:	10:39:54
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:	24.06.14
HORA:	10:40:49
PAGINA No:	1

Numero: 90201 Fecha Ex. 02/06/24 Hora 10:40
Nombre Paciente: 12134518 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS
Dirección: CARRERA 12 N 2 23 Telefono:3108034312 Edad:57 A Sexo:M
Medico: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS 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

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

Neiva, 02 JUNIO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo JOSE LUIS ARBELAEZ CABRERA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 12134518, 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 02/06/2024 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre JOSE LUIS ARBELAEZ C
c.c. 12134518

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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

A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.811.073
NIETO SERNA

APELLIDOS
MARTHA YASMIN

NOMBRES



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.134.518
ARBELAEZ CABRERA

APELLIDOS
JOSE LUIS

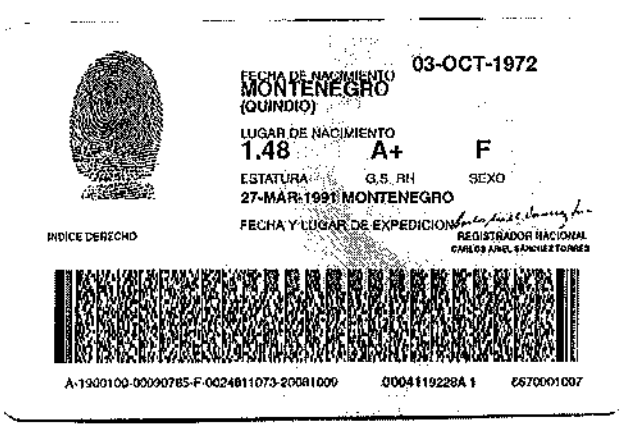
NOMBRES



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

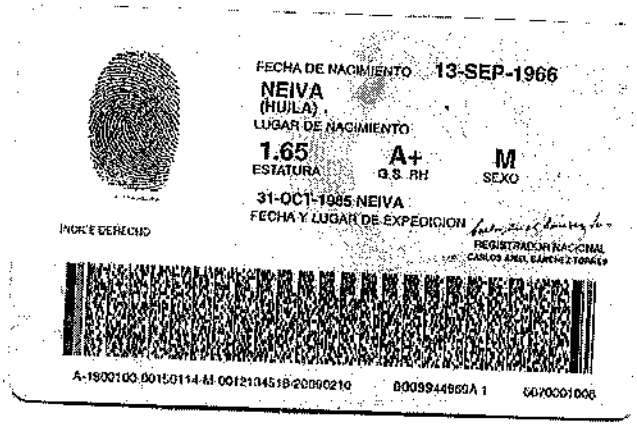
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10004822126

PLACA THK98C
MARCA SUZUKI
LINEA GS 125
MODELO 2013
CILINDRADA CC 124
COLOR NARANJA
SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA
TIPO CARROCERIA TURISMO
COMBUSTIBLE GASOLINA
CAPACIDAD No PAS 2
NUMERO DE MOTOR 157FMI-3*B2Y10365*
REG N VIN 9FSNF41JXDC152278
NUMERO DE SERIE
REG N NUMERO DE CHASIS 9FSNF41JXDC152278
REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS
IDENTIFICACIÓN C.C. 12134518



FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1972
MONTENEGRO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-MAR-1991 MONTENEGRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1900100-00090785-F-0024811073-20081009 0004819228A 1 6570001097



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1966
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-OCT-1985 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1900100-00150114-M-0012104518-20090210 0009944960A 1 6070001008



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE ***** POTENCIA HP 13
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
162012000007835
NÚ E FECHA IMPORT. 02/11/2012 PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
FECHA MATRÍCULA 21/01/2013
FECHA EXP. LIC. TTO. 21/01/2013
FECHA VENCIMIENTO *****
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST MCPAL TTOYTTE CAMPOALEGRE
LTO1003432812

RUNT · COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · 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:	THK98C		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10004822126	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	SUZUKI	LÍNEA:	GS 125
MODELO:	2013	COLOR:	NARANJA
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI-3*B2Y10365*
NÚMERO DE CHASIS:	9FSNF41JXDC152278	NÚMERO DE VIN:	9FSNF41JXDC152278
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	TURISMO
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	21/01/2013
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8120924900	15/02/2024	16/02/2024	15/02/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8097844000	23/12/2022	24/12/2022	23/12/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
15488700000100	06/09/2021	07/09/2021	06/09/2022	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
1308004265279000	27/08/2020	28/08/2020	27/08/2021	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
1308004236197000	20/08/2019	21/08/2019	20/08/2020	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 09/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62964 fechada el dia 24.08.21 cuyo paciente es ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

HISTORIA No. 12134518

GLOSA No: ZGL-1-48274 **SINIESTRO:** 62964

Recibido! 11 de Octubre del 2024 20307802

equidad seguros

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

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	10300.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	10300.00	

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

>> ITEM GLOSADO 2: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 09/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62964 fechada el dia 24.08.21 cuyo paciente es ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS

HISTORIA No. 12134518

GLOSA No: ZGL-1-48274 **SINIESTRO:** 62964

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

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	10300.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	10300.00	

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

>> ITEM GLOSADO 2: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

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

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SE ANEXA SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE SOPORTE DE LA SALA DE CURACION DONDE SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO DE SODIO 500ML PARA EL BARRIDO DE LA HERIDA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,608,992.00
VALOR GLOSADO :	15192.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	15192.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 04 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20301242	**No.**	196745	**Siniestro**	90746460	**No. Factura**	FEC162964

Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	02/06/2024	**Fecha aviso**	06/06/2024	**Fecha recepción**	10/09/2024	
Fecha formalización	10/09/2024	**Fecha liquidación**	24/09/2024	**Póliza**	812092490	**Vigencia**	16/02/2024	**hast**	15/02/2025

Id tomador	12134518	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	12134518	**Nombre**	JOSE LUIS ARBELAEZ CABRERA
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S099	**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MÁS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
3	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	//	100%, 100%, 100%	209,100	0	209,100
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	180,800	0	180,800
1	21701	CRÁNEO SIMPLE		100%	690,900	0	690,900
1	39140	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA		100%	79,100	0	79,100
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	NO SE RECONOCE 39143 Y SE HOMOLOGA A 39132 DE ACUERDO A CONSULTA SOPORTADA.	100%	71,500	10,300	61,200
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS			500	0	500
1	77701	MEDICAMENTOS	EE. NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN.$4892, , ,	100%	23,992	4,892	19,100

1001	**Cobrado**	**1,608,992**
1002	**Obj. Parcial**	**15,192**
1003	**Liquidado**	**1,593,800**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 180767

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -180767 **Fecha** 2024/06/2

Nombre Paciente: ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS - 12134518 **Edad:** 57 **Sexo:** M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

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

Carmen Olaya

QUIEN REALIZA

Jose Luis A

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 5-Jun-2024 10:28:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO URGENCIAS
860028415 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS EVENTO MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2024.06.0 16:40
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 57 Años Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
12134518 ARBELAEZ CABRERA JOSE LUIS 1 NIVEL I NEIVA CARRERA 12 N 2 23 3108034312

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.02	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.06.02	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.06.02	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.06.02	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.06.02	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:11:22 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. FEC162964

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-21 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6e1cc549e54cd59085fc9ed02ae7a4bf91e7219ba37f3d07ee1ba65e6a1ec193eddd7adaf13c7131949fa35682db8134

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1608992

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-20 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
3d059d6c272ac409cc4cd85490cc53cccbeede649b585b166b35ba46121965bcc61bc4f78c97c33046370ea10d6b21bf

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-21 04:12:38.000 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. FEC162964

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-21 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6e1cc549e54cd59085fc9ed02ae7a4bf91e7219ba37f3d07ee1ba65e6a1ec193eddd7adaf13c7131949fa35682db8134

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

CUDE:
11ddf25a9403f3e22d6b68050b971e78f684b78ffe032180fb5e0bd69e2bb8fa913866cd80cca07ea8218ea9ab6542e8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-22 09:27:45.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
1a6cded08213249d8088a0ea4725111b06ed4b6a86ef2dc29002e875a485ffa6020154c701ada31fb7abfab15877a8f3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:44:01.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:11:22 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. FEC162964

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-21 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6e1cc549e54cd59085fc9ed02ae7a4bf91e7219ba37f3d07ee1ba65e6a1ec193eddd7adaf13c7131949fa35682db8134

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
81c611bec6fc923106dfd7bd7df4fb877cfde40b5dcc1695460cc8816a3f2850863800a6076e5e220301e10346fe2438

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:44:11.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.08.22	14:45:35	2024.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63037

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 181475

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 60% DESC	OTRO REGIMEN		2024.06.16 - 04:42	2024.06.16 - 06:15

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075244136 SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA EDAD : 34 Años
DIRECCION: CLL 1H N 38 52 NEIVA TELEFONO: 3226838616

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								10	580	5,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.16	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.16	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.16	873206		OAR				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.16	873121		OAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.16	873121		OAR				1	90,400	90,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.16	890701		JAB				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.16	S22101		HAC				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	509,400	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	509,400

SON: QUINIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.22 02:48:43 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 CA[illegible] 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO[illegible] NIT. 800.110.181

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De[illegible] Fecha: 202[illegible]12.2[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has[illegible]-00080000 AUTORIZA

Cufe: 6699dee02bb7294d5032ff25177ca9a8cd2834ce3fc7b549723ae98444327[illegible]c5dc462a[illegible]03cb569b605bec661bb[illegible]

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.395.451 - 0

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

¡Recibido!
10 de Septiembre del 2024
20301243

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.22	14:45:35	2024.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63037

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 181475

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.06.16 - 04:42	2024.06.16 - 06:15

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075244136 SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA | EDAD : 34 Años
DIRECCION: CLL 1H N 36 52 NEIVA | TELEFONO: 3226838616

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								10	580	5,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.16	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.16	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.16	873206		OAR				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.16	873121		OAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.16	873121		OAR				1	90,400	90,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.16	890701		JAB				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.16	S22101		HAC				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	509,400	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	509,400

SON: QUINIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.22 02:48:43 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: 6699dee02bb7294d5032ff25177ca9a8cd2834ce3fc7b549723ae9844432f3c5dc462af73de8773cb569b605bec661bb

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:	63037
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 419,000
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 90,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

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

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63037

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
SUAREZ	ABRIL

1er.Nombre	2do.Nombre
YODY	ALEXANDRA

Tipo de Documento: CC [X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1075244136

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 14/05/1990 Sexo: F [X] M O

Direccion: CLL 1H N 38 52

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3226838616

Municipio: NEIVA Cod. 001

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]
Otros [ ] Cual?

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 22 CON CALLE 4 SUR

Fecha Evento/Accidente: 16/06/2024 Hora: 03:36

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMB87G, 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: PMB87G

Tipo de Vehiculo: Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

Poliza SOAT No 8113687900

Vigencia de la Poliza: Desde: 05/07/2023 Hasta: 04/07/2024

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

NO REGISTRA (1er.Apellido o Razon Social)	NO REGISTRA (2do.Apellido)
NO REGISTRA (1er.Nombre)	NO REGISTRA (2do.Nombre)

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento: NO REGISTRA

Direccion: CLL 2A N 34A 28

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3115425451 Total Folios: 0

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

ORTIZ (1er.Apellido)	SILVA (2do.Apellido)
ELKIS (1er.Nombre)	NOLBERTO (2do.Nombre)

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento: 1010149694

Direccion: CLL 2A N 34A 28

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3115425451

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo: Placa Ambulancia:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde : Hasta :

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

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

Fecha de ingreso: 16/06/2024 a las 04:42

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Ingreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

Fecha de Egreso: 16/06/2024 a las 06:15

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Egreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

JHOAN (1er.Apellido del Medico o Profesional tratante)	ALBEIRO (2do.Apellido del Medico o Profesional tratante)
BAZAN (1er.Nombre del Medico o Profesional tratante)	(2do.Nombre del Medico o Profesional tratante)

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 1061724214

Número de Registro de Medico 1061724214

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	509400	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

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

EPICRISIS No. 64664

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

PACIENTE: SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075244136	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 1H N 38 52		
FCHA.NACTO:	1990.05.14	EDAD:	34 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3226838616
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2024.06.16	HORA DE INGRESO: 04:42
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2024.06.16	HORA DE EGRESO: 06:15
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.16-04:57:43 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMB87G, COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE SALUD LASER. VALORADO A LAS: 04+42 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN MUÑECA Y MANO DERECHA, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDO EN EL MOMENTO NIEGA OTROS TRAUMAS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

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

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 71 FR: 18 TEMP: 36.7 TALLA: 153 PESO: 64 IMC: 27 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfala, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.
<<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de

17

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

EPICRISIS No. 64664

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

PACIENTE: SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075244136	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 1H N 38 52		
FCHA.NACTO:	1990.05.14	EDAD:	34 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3226838616
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN MUÑECA Y MANO DERECHA, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientada. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
Sin lesiones.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS:

APLICAR 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR AHORA, DOSIS ÚNICA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

- DEJAR EN OBSERVACIÓN.
- DIETA NORMAL.
- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- 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.

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

EPICRISIS No. 64664

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

PACIENTE: SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075244136	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 1H N 38 52		
FCHA.NACTO:	1990.05.14	EDAD:	34 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3226838616
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.06.16-05:18:03 MEDICO: / (JEFE ENF. HAC - HEIDY ANDREA CASTAÑO RODRIGUEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)*

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 04:57 / 04:58 DURACION: 00:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: HEIDY ANDREA CASTAÑO RODRIGUEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CON PREVIA HIGIENIZACION DE LAS MANOS USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA SARS-COV-2, POR ORDEN MEDICA Y CON PREVIO CONSENTIMIENTO DE PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA, JEFE DE TURNO HEIDY CASTAÑO ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG INTRAMUSCULAR SIN COMPLICACIONES.

*** FECHA: 24.06.16-06:11:40 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

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

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

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

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

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 24.06.16-06:15:10 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO, QUIEN POR ESTADO CLINICO ACTUAL, BUENA MODULACION DEL DOLOR E IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DECIDE DAR EGRESO, POR LO QUE SE DAN ORDENES DE SALIDA, FORMULACION, NO REQUIERE INCAPACIDAD. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES.

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

EPICRISIS No. 64664

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

PACIENTE: SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075244136	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 1H N 38 52		
FCHA.NACTO:	1990.05.14	EDAD:	34 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3226838616
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

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

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

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

** DEL EGRESO

***** FECHA: 24.06.16-06:16:10 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: 2024.06.16-06:15:58 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. 64664

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075244136	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 1H N 38 52		
FCHA.NACTO:	1990.05.14	EDAD:	34 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3226838616
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO 1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO 2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

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

Dr. Oscar Rodriguez Meneses
Medico Cirujano General
T.P. 1031.151.920
FUNC

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

PACIENTE: 1075244136 SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA **EDAD:** 34

DIRECCIÒN: CLL 1H N 38 52 **TELEFONO:** 3226838616

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63700 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.13 **Nº POLIZA:** 8113687900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 16 de junio de 2024					
04:58:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	HACI	
04:58:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HACI	
04:58:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HACI	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 181475

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181475 **Fecha** 2024/06/16

Nombre Paciente: SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA - 1075244136 **Edad:** 34 **Sexo:** F

Quien Realiza: HAC- HEIDY ANDREA CASTAÑO RODRIGUEZ **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
6. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
6. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	HAC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: CON PREVIA HIGIENIZACION DE LAS MANOS USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA SARS-COV-2, POR ORDEN MEDICA Y CON PREVIO CONSENTIMIENTO DE PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA, JEFE DE TURNO HEIDY CASTAÑO ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG INTRAMUSCULAR SIN COMPLICACIONES.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA No. Identif. 1075244136 Edad. 34

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.06.16

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB **Cant.:** 10.00 1 TABLETA CADA 12 HORAS

Dr. Cesar Rodriguez Alvarez
Medico Cirujano General
T.P. 1031.181.920
FIJNC

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -211859

FECHA EMISION:	2024.06.16
HORA:	06:27:25
PAGINA No:	1

USUARIO: SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA
FECHA DE PEDIDO: 2024/06/16
DOC.IDENT: CC 1075244136 **CAMA:** -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

BOD	REFERENCIA		DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO	TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	10.00
			TOTAL CANTIDAD:	10.00

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.06.20
HORA:	10:52:43
PAGINA No:	1

Numero: 90568 Fecha Ex. 16/06/24 Hora 11:55
Nombre Paciente: 1075244136 SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA
Dirección: CLL 1H N 38 52 Telefono: 3226838616 Edad: 34 A Sexo: F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA Prioridad: ALTA

LECTURA

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 IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay moderado edema de los tejidos blandos del antepie izquierdo.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas de las estructuras óseas de la pierna.
Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

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

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

FIRMA

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

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

Neiva, 16 JUNIO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo YODY ALEXANDRA SUAREZ ABRIL identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075244136, 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 16/06/24 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre: Yody Alexandra Suarez
c.c. 1075244136

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

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	1075244136
NOMBRES	YODY ALEXANDRA
APELLIDOS	SUAREZ ABRIL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/16/2024 04:44:44	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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

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	1010149694
NOMBRES	ELKIS NOLBERTO
APELLIDOS	ORTIZ SILVA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	05/07/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/16/2024 04:26:52	**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".

RUNT

Consulta Automotores Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:

PMB87G

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10029487235

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Particular

CLASE DE VEHÍCULO:

MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:

AKT

LÍNEA:

4

AK125NKD EIII

MODELO:

2024

COLOR:

NEGRO MATE

NÚMERO DE SERIE:

NÚMERO DE MOTOR:

157FMI2E019329

NÚMERO DE CHASIS:

9F2D51250RB019847

NÚMERO DE VIN:

9F2D51250RB019847

CILINDRAJE:

124

TIPO DE CARROCERÍA:

SIN CARROCERIA

TIPO COMBUSTIBLE:

GASOLINA

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

06/07/2023

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

NO

CLÁSICO O ANTIGUO:

NO

REPOTENCIADO:

NO

REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN MOTOR

REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN CHASIS

REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN SERIE

REGRABACIÓN VIN (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN VIN

VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):

NO

PUERTAS:

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8113687900	04/07/2023	05/07/2023	04/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

Compromiso de desintegración física total y Pólizas de Caución

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 09/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63037 fechada el dia 24.08.22 cuyo paciente es SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA

HISTORIA No. 1075244136

GLOSA No: ZGL-1-48273 **SINIESTRO:** 63037

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	509400.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	509400.00	FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES FURIPS Y DECLARACION DE SINIESTRO.

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

Recibido!
11 de Octubre del 2024
20307803
equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	509,400.00
VALOR GLOSADO :	509400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	509400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 09/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63037 fechada el dia 24.08.22 cuyo paciente es SUAREZ ABRIL YODY ALEXANDRA

HISTORIA No. 1075244136

GLOSA No: ZGL-1-48273 **SINIESTRO:** 63037

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	509400.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	509400.00	FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES FURIPS Y DECLARACION DE SINIESTRO.

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

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	509,400.00
VALOR GLOSADO :	509400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	509400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 04 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20301243	**No.**	197683	**Siniestro**	90752285	**No. Factura**	FEC163037		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	16/06/2024	**Fecha aviso**	03/07/2024	**Fecha recepción**	10/09/2024	
Fecha formalización	10/09/2024	**Fecha liquidación**	03/10/2024	**Póliza**	811368790	**Vigencia**	05/07/2023	**hast**	04/07/2024
Id tomador	1010149694	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075244136	**Nombre**	YODY ALEXANDRA SUAREZ ABRIL						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION FURIPS, COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO, CON LOS DATOS CORRECTOS DE UBICACION DEL LESIONADO TENIENDO EN CUENTA QUE LOS APORTADOS SON ERRADOS O NO CORRESPONDEN	100%	509,400	509,400	0

1001	**Cobrado**	**509,400**
1002	**Obj. Parcial**	**509,400**
1003	**Liquidado**	**0**

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

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

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 63037

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

SUAREZ — 1er.Apellido o Razon Social

ABRIL — 2do.Apellido

YODY — 1er.Nombre

ALEXANDRA — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1075244136

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 14/05/1990 Sexo: F[X] M O

Direccion: CLL 1H N 38 52

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3226838616

Municipio: NEIVA Cod. 001

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]
Otros [ ] Cual?

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 22 CON CALLE 4 SUR

Fecha Evento/Accidente: 16/06/2024 Hora: 03:36

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMB87G, 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: PMB87G

Tipo de Vehiculo: Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 Intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8113687900 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 05/07/2023 Hasta: 04/07/2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

NO REGISTRA	NO REGISTRA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
NO REGISTRA	NO REGISTRA
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE NIT CD PT PE SC DE TI — No. Documento NO REGISTRA

Direccion: CLL 2A N 34A 28
Departamento: HUILA Cod. 41
Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3115425451 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

ORTIZ	SILVA
1er.Apellido	2do.Apellido
ELKIS	NOLBERTO
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE AS MS PA RC TI PT PE SC CD DE — No. Documento 1010149694

Direccion: CLL 2A N 34A 28
Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3115425451
Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [ ] Orden servicio [ ]
Fecha de Remision: / / a las
Prestador que remite: Codigo de inscripcion:
Direccion: Telefono:
Profesional que Remite: Cargo:
Fecha de Aceptacion: / / a las
Prestador que recibe: Codigo de inscripcion:
Direccion: Telefono:
Profesional que recibe: Cargo: Placa Ambulancia:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)
Datos del Vehiculo: Placa No.
Transporto la victima desde : Hasta :
Tipo de Transporte: Ambulancia Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 16/06/2024 a las 04:42
Diagnostico presuntivo de Ingreso
Diagnostico definitivo de Ingreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA
Diagnostico relacionado de Ingreso
T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

Fecha de Egreso: 16/06/2024 a las 06:15
Diagnostico presuntivo de Egreso
Diagnostico definitivo de Egreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA
Diagnostico relacionado de Egreso
T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

JHOAN	ALBEIRO
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
BAZAN	
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento CC[X] CE PA PT PE — No. Documento 1061724214

Numero de Registro de Medico 1061724214

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	509400	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre YODY ALEXANDRA SUAREZ ABRIL No. Documento de Identidad 1075244136

Edad 34 Sexo F Dirección Domicilio CLL 7H # 38-52 Ciudad NEIVA Teléfono 3226838676

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre ELKIS NORBERTO ORTIZ SILVA No. Documento de Identidad 1010149694

Edad 22 Sexo M Dirección Domicilio CRA 34A-28 Ciudad NEIVA Teléfono 3115425451

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa PMB876 Vehículo MOTOCICLETA

3.1 Aseguradora EQUIDAD Póliza No. 3113687900

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 16/06/2024 Hora 03:36

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	Carrera 22 con Calle 4 Sur

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Yody Alexandra Suarez Abril iba como ocupante de moto con placa PMB876 colisionamos con otra moto y cargo sufriendo lesiones personales.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, YODY ALEXANDRA SUAREZ ABRIL identificado con c.c. 1075244136 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.

Acepto en la ciudad de NEIVA Fecha y hora 16/06/2024 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:11:53 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. FEC163037

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6699dee02bb7294d5032ff25177ca9a8cd2834ce3fc7b549723a e984443273c5dc462af73de8773cb569b605bec661bb

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
509400

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-21 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
80e61b4d51837b5773f861347753bca01f509f49777cb4c53d16 3e25a0391da7bf18f431ea7aeb154255164d5b8d39d7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-22 02:45:43.000 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 7 de 02 de 2025 a las 02:11:53 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. FEC163037

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6699dee02bb7294d5032ff25177ca9a8cd2834ce3fc7b549723a e984443273c5dc462af73de8773cb569b605bec661bb

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
197e1845ff8ba5a320032282539bffb1590d36c8ad012057ffd5fd 8d4738d67d43621d1b55a6cdb86dd175962e61fb21

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-22 03:09:54.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
ad13cf99ea0eda26d418cf3f2042c642767c12e33c72235f4b504 60fca8e0cc919702f4584141979f0e20bfc3071edc7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:43:35.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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. FEC163037

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6699dee02bb7294d5032ff25177ca9a8cd2834ce3fc7b549723a e984443273c5dc462af73de8773cb569b605bec661bb

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
42b26464c38baf34196c2776220a44e1679f1ac889b302e03280 f2fa8b91170f46309616b788c198cfe54d00dd540e2e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:43:48.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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: 2/7/2025 -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 ,2024.08.05	10:57:16	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62528

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 181961

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.06.25 - 02:38	2024.06.25 - 15:29

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA EDAD : 16 Años

DIRECCION: VEREDA LA VEGA CAMPOALEGRE TELEFONO: 3115098148

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	25-Jun-2024	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	241,900	241,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	25-Jun-2024	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	158,100	158,100
39207	GRUPO 05	25-Jun-2024	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	431,600	431,600
39302	GRUPOS 04 05 06	25-Jun-2024	39302	1		100.0%	4-MATERIAL	CLF	1	176,500	176,500
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
935100	VENDA ELASTICA 6X5								3	5,700	17,100
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	78,130	78,130
790906	VENDA YESO DE 6X5								3	10,800	32,400
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								4	0	0
906606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								3	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	0	0
19995775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								1	0	0
890701	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY								1	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
218170-02	ROXICAINA ATOMIZA AL10%FR-83ML								1	0	0
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								65	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								50	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.25	890202				HAP		1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.25	890202				JHT		1	61,200	61,200

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 CA[illegible] 774 667 CODIGO D[illegible]
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOP[illegible] NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 202[illegible]2.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-0005[illegible]595 Hasta: [illegible]-00080000 AUTORIZA

Recibido!
18 de Septiembre del 2024
20302796

Cufe: 41a84df641ae138d2bcd1062a9e561811a6b0d2114e40ea22ac5c5d2788d16812740[illegible]f514645de03aa782

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 ,2024.08.05	10:57:16	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62528

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 181961
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.06.25 - 02:38 2024.06.25 - 15:29

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA EDAD : 16 Años
DIRECCION: VEREDA LA VEGA CAMPOALEGRE TELEFONO: 3115098148

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	25-Jun-2024	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	241,900	241,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	25-Jun-2024	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	158,100	158,100
39207	GRUPO 05	25-Jun-2024	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	431,600	431,600
39302	GRUPOS 04 05 06	25-Jun-2024	39302	1		100.0%	4-MATERIAL	CLF	1	176,500	176,500
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
936100	VENDA ELASTICA 6X5								3	5,700	17,100
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	78,130	78,130
790906	VENDA YESO DE 6X5								3	10,800	32,400
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								3	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								1	0	0
890701	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY								1	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
218170-02	ROXICAINA ATOMIZA AL10%FR-83ML								1	0	0
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								65	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								50	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.25	890202				HAP		1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.25	890202				JHT		1	61,200	61,200

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 41a84df641ae138d2bcd1062a9e561811a6b0d2114e40ea22ac5c5d2788d168127402 4cd764e604af514645dc03aa782

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 - 3

30

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.05	10:57:16	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62528

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	1,299,030	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,299,030

SON: UN MILLON DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.05 11:03:28 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 41a84df641ae138d2bcd1062a9e561811a6b0d2114e40ea22ac5c5d2788d1681274024cd764e604af5146645de03aa782

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

79

FACTURA:	62528
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,117,730
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 181,300
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 62528

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
TRUJILLO	MONTENEGRO

1er.Nombre	2do.Nombre
NICOLLE	DANIELA

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC [X] TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1079177245

De: 41132 Fecha de Nacimiento: 21/09/2007 Sexo: F [X] M O

Direccion: VEREDA LA VEGA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3115098148

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132

Condicion del accidentado: Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [X] Ciclista [ ]

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

Terroristas: Explosi%n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 12 CON CALLE 19 CAMPOALEGRE

Fecha Evento/Accidente: 24/06/2024 Hora: 20:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Zona: U [X] R [ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA VTW77G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: VTW77G

Tipo de Vehiculo: Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototricicio [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

Poliza SOAT No 8122629100

Vigencia de la Poliza: Desde: 24/05/2024 Hasta: 23/05/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LIZCANO	BARRERA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
JHOJAN	DAVID
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1122507430

Direccion: CARRERA 5 N 20 74

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: CAMPOALEGRE **Cod.** 132 **Telefono:** 3125706800 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

LIZCANO	BARRERA
1er.Apellido	2do.Apellido
JHOJAN	DAVID
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1122507430

Direccion: CARRERA 5 N 20 74

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3125706800

Municipio: CAMPOALEGRE **Cod.** 132

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: 24/06/2024 a las 23:54

Prestador que remite: ESE HOSPITAL DEL ROSARIO **Codigo de inscripcion:** 411320047701

Direccion: CAR 9 N 32 50 **Telefono:** 098 8381481 HUILA-CAMPOALEGRE

Profesional que Remite: DAYANA MARIA PABON PACHECO **Cargo:** MEDICO GENRAL

Fecha de Aceptacion: 24/06/2024 a las 00:09

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO **Cargo:** MEDICO GENERAL **Placa Ambulancia:**

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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 25/06/2024 a las 02:38

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
S700 CONTUSION DE LA CADERA

Fecha de Egreso: 25/06/2024 a las 15:29

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
S700 CONTUSION DE LA CADERA

SALGADO	
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
HORACIO	ORDOÑEZ
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1075271438

N·mero de Registro de Medico 1075271438

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1299030	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financianiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.25 — HORA DE INGRESO: 02:38
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.06.25 — HORA DE EGRESO: 15:29
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
CONFIRMADO: S300 - CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
RELACIONADO1: S700 - CONTUSION DE LA CADERA
RELACIONADO2: S701 - CONTUSION DEL MUSLO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.25-03:34:41 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA VTW77G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 03+01 HORAS
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE CAMPOALEGRE, REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER 24/06/2024, OCASIONANDO MULTIPLES TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, QUIEN POR HALLAZGOS DECIDEN REMITIR PARA VALORACION ESPECIALIZADA Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUCION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 118/65 FC: 110 FR: 20 TEMP: 36.2 TALLA: 168 PESO: 63 IMC: 22 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, SIN MASAS, SIN DOLOR, SIN LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD
<<TORAX>>
SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOROSO A PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

28

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<PELVIS>>
PELVIS DOLOROSA A PALPACION DE PREDOMINIO IZQUIERDO, CON LIMITACION DE MOVILIDAD
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN MUSLO, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
GRAN ABRASION CON TATUAJE TRAUMATICO EN GLUTEO DERECHO QUE SE EXTIENDE A MUSLO POSTERIOR, ABRASION CON TATUAJE TRAUMATICO EN RODILLAS, PIERNA, TODBILLO Y PIE IZQUIERDO.
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA VIGILANCIA, MANEJO MEDICO Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE INDICA TOMAR PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION, SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA.

PLAN
- OBSERVACION
- LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

27

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.06.25-03:46:44 MEDICO: / (AUXIL. WIL - WILSON ESCOBAR MARTINEZ - C.C. 1083929086 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 03:35 / 03:40 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: WILSON ESCOBAR MARTINEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

03+35 HRS// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN REGION LUMBO SACRA+ RODILLA IZQUIERDA+ TOBILLO+ PIE, 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.
S
/

***** FECHA: 24.06.25-06:06:44 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: CON FRACTURA DE TIBIA Y PERONE EN TERCIO MEDIO, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

26

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI	1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA	
FCHA.NACTO:	2007.09.21		EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL: 3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO		RH:	O+			

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

***** FECHA: 24.06.25-06:17:41 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 06:01 / 06:11 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.06.25-06:17:47 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.06.25-06:48:58 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REPORTAN PARACLINICOS

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 15610, NEU: 91.6, LIN: 5.6, HGB: 12.5, HCTO: 36.1, PLAQ: 265000

TP: 13.4, TTP: 31, INR: 1.13

HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS DE PREDOMINIO NEUTROFILICO EN CONTEXTO DE TRAUMA, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA, TIEMPOS DE COAGULACION EN LA NORMALIDAD.

***** FECHA: 24.06.25-07:05:46 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

25

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN REGION GLUTEA Y PIERNA BILATERAL . ,
AL EXAMEN FISICO: REDION GLUTRA ABRASION TATUADA EXTENSA . PIERNA DERECHA ABRASION TATUADA , BUEA MOVILIDAD .
PIERNA IZQ ABRASION EDEMA Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQ
DX: FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQ
ABRASIONES MULTIPLES
PLAN: VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA
INMOVILIZAR MII CON FERULA INGUINOMALEOLAR LUEGO DEL PROCEDIMENINTO DE CIRUGIA PLASTICA SE HOPRITALIZA PARA TRATAMIENTO ANTIEDEMA Y LUEGO CIRUGIA .

*** FECHA: 24.06.25-13:11:53 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR CIRUGIA PLASTICA,
REQUIERE POSTERIOR A DERMOABARASION DE SUS LESIONES EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, REALIZAR INMOVILIZACION INGUINOMALEOLAR.
HOSPITALIZAR POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR CIRUGIA PLASTICA , PARA CONTINAUR MANEJO POR ORTOPEDIA.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-13:11:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.25-14:23:18 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: 110/70 FC: 70 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

PELVIS: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN GLUTEOS (EXTENSO EN EL DERECHO).

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, TOBILLO DERECHO, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS. EDEMA, DEFORMIDAD Y DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL SE ENCUENTRA INMOVILIZADA CON FERULA DE PLASTICO.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-13:30:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.06.25-14:24:18 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: 110/70 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

PELVIS: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN GLUTEOS (EXTENSO EN EL DERECHO).
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, TOBILLO DERECHO, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS. EDEMA, DEFORMIDAD Y DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL SE ENCUENTRA INMOVILIZADA CON FERULA DE PLASTICO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

***** FECHA: 24.06.25-14:30:58 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 13:25 / 14:00 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 18596
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
PELVIS:
1, ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN GLUTEOS (EXTENSO EN EL DERECHO).
EXTREMIDADES:
1.1 ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, TOBILLO DERECHO, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS. EDEMA, DEFORMIDAD Y DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL SE ENCUENTRA INMOVILIZADA CON FERULA DE PLASTICO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

NOTA: ORTOPEDIA REALIZA COLOCACION DE FERULA DE YESO EN MII.

*** FECHA: 24.06.25-14:33:12 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE INDICA ALTA POR CIRUGIA PLASTICA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

TRASLADO A HOSPITALIZACION PARA MANEJO POR ORTOPEDIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
TRASLADO A HOSPITALIZACION PARA MANEJO POR ORTOPEDIA
ALTA POR CIRUGIA PLASTICA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA
RECOMENDACIONES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

RECOMENDACIONES:
BAÑO NORMAL CON AGUA Y JABON
APLICAR RIFOCINA SPRAY (O MERCURIO CROMO CON GASAS ESTERILES) EN AREAS DE TRAUMA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
PROTECCION SOLAR POR 3 MESES EN AREAS DE TRAUMA
ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
TOMAR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS ORDENADOS
SIGNOS DE ALARMA: ACUDIR POR URGENCIAS SI PRESENTA FIEBRE, CALOR, ENROJECIMIENTO, SECRECION O DOLOR INTENSO EN HERIDA(S) QUIRURGICA(S)

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

21

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-14:32:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.25-14:41:35 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR IZQ LUEGO DE DERMOABRASION

*** FECHA: 24.06.25-14:42:57 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 INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR IZQ LUEGO DE DERMOABRASION

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NORMALES

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36

** 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 : PIERNA IZQ ABRASION EXTENSA , EDE,A DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO MEDIO .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***NOTA RETROSPECTIVA 13:56
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
PASAR A CIRUGIA

*** FECHA: 24.06.25-15:06:29 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 14:00 / 14:20 DURACION: 00:19

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 18597
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO ANESTESIA GENERAL LUEGO DE LA DERMOABRASION DEL CIRUJANO PLASTICO SE PRACTICO INMOVILIZACION DE LA FRACTURA DE TIBIA Y PERONE CON UNA FERULA INGUINOPEDICA . NO COMPLICACIONES.

***** FECHA: 24.06.25-15:29:57 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
POP INBMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** ANALISIS PLAN:
HOSPITALIZAR

** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS :
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-15:29:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S827 - FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Harol Alberto Perdomo Díaz
Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 de Neiva

DR@. HAROL ALBERTO PERDOMO
REG. MED: 7708263

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18596

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181961 Fecha 25/06/24

Nombre Paciente: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA 1079177245 Edad: 16 Sexo: F

Hora inicio 13:25 Hora fin: 14:00 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HAP- HAROL ALBERTO PERDOMO Ayudante: APG- ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionPAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	1. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
2. S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA	2. S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HAP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:

PELVIS:

1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN GLUTEOS (EXTENSO EN EL DERECHO).

EXTREMIDADES:

1.1 ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, TOBILLO DERECHO, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS. EDEMA, DEFORMIDAD Y DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL SE ENCUENTRA INMOVILIZADA CON FERULA DE PLASTICO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

NOTA: ORTOPEDIA REALIZA COLOCACION DE FERULA DE YESO EN MII.

Prog 1

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1079177245

ADMISION N_: 181961

NOMBRE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **Num. Id-:** TI 1079177245
FECHA NACIMIENTO: 2007.09.21 **EDAD:** 16 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.25 **HORA DE INGRESO:** 14:27:18 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.25 14:27
DIRECCION: VEREDA LA VEGA **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3115098148
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ASTRID JOHANNA MONTENEGRO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.06.25

<< REGISTRO: 14:27:18 >> (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

--><<2024.06.25-03:34:41>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL) H.U. 181917
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.06.25-14:24:18>>; (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.POSQX: 181961
NO REFIERE

--><<2024.06.25-14:27:18>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 181961
NO REFIERE

--><<2024.06.25-14:59:30>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 181961

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1079177245

ADMISION N_: 181961

NOMBRE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **Num. Id-:** TI 1079177245
FECHA NACIMIENTO: 2007.09.21 **EDAD:** 16 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.25 **HORA DE INGRESO:** 14:27:18 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.25 14:27
DIRECCION: VEREDA LA VEGA **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3115098148
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ASTRID JOHANNA MONTENEGRO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:27:18 >> (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
I0 / NO APLICA
NUEVO

--><<2024.06.25-16:48:13>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 181978
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.06.28-14:50:49>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 182191
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24 DE JUNIO DEL 2024, REMITIDO DE CAMPOALEGRE-HUILA
OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO EL DIA 28 DE JUNIOD EL 2024.

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES TA: 110/70 **FC:** 70 **FR:** 16 **Tmp:** 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

PELVIS: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN GLUTEOS (EXTENSO EN EL DERECHO).
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, TOBILLO DERECHO, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS. EDEMA, DEFORMIDAD Y DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL SE ENCUENTRA INMOVILIZADA CON FERULA DE PLASTICO.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

EVOLUCION

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

ANALISIS/PLAN

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1079177245

ADMISION N_: 181961

NOMBRE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **Num. Id-:** TI 1079177245
FECHA NACIMIENTO: 2007.09.21 **EDAD:** 16 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.25 **HORA DE INGRESO:** 14:27:18 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.25 14:27
DIRECCION: VEREDA LA VEGA **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3115098148
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN **RESPONSABLE:** ASTRID JOHANNA MONTENEGRO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-13:30:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA
FECHA DE EGRESO: 2024.06.25 **HORA DE EGRESO:** 13:30:00 **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:

12

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 181961 - 10000

NOMBRE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA C.C. -TI-RC-OTRO 1079177245
EDAD: 16 A FECHA DE NACIMIENTO: 2007.09.21 SEXO: F
DIRECCION: VEREDA LA VEGA TELEFONO: 3115098148
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ASTRID JOHANNA MONTENEGRO TELEFONO: 3115098148

FECHA: 2024.06.25
CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><2024.06.25-03:34:41>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)
H.O. 181917
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><2024.06.25-14:24:18>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.POSQX: 181961
NO REFIERE

--->><2024.06.25-14:27:18>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 181961
NO REFIERE

--->><2024.06.25-14:59:30>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 181961

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><2024.06.25-16:48:13>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)
H.HOS: 181978
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><2024.06.28-14:50:49>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 182191
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24 DE JUNIO DEL 2024, REMITIDO DE CAMPOALEGRE-HUILA
OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO EL DIA 28 DE JUNIOD EL 2024

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 181961 - 10000

NOMBRE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA C.C. -TI-RC-OTRO 1079177245

EDAD: 16 A FECHA DE NACIMIENTO: 2007.09.21 SEXO: F

DIRECCION: VEREDA LA VEGA TELEFONO: 3115098148

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ASTRID JOHANNA MONTENEGRO TELEFONO: 3115098148

EXAMEN FISICO:

PA: 12/71 FC: 85 FR: 21 PESO: 63 TEMPERATURA: 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
ABRASIONES EN REGION GLUTEA BILATERAL, CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, PIERNA TOBILLO DERECHO Y PIES, CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CONTAMINADAS CON TIERRA Y PIEDRAS. EDEMA, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DE PIERNA IZQUIERDA, POR FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE TIBIA Y PERONE

OTROS:
SIN ALTERACION

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T018
HERIDAS QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE REGIONES DEL CUERPO

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

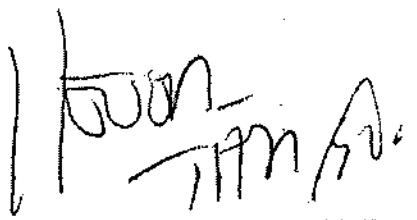
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.06.25 **HORA:** 13:00:23

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
Ruiz	Montoya	Nicoll Daniel	10297725

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
20 6 19	16 5	M	165	63	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRC.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	TCOG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Derrame articular

OPERACION PROPUESTA Derrame articular + Inmovilización Yeso

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 NO

RESUMEN Y PLAN

TIPO	
BLOQUEO	
PERIDURAL	
ESPINAL	
GENERAL	

Monitor Lidocaina anestesia general + sedación

ESTADO PSICOLOGO Tranquilo

		NECESITA SANGRE	NO c.c.

PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION OK

REPARACION E A C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION

OTRAS

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL Normal

HEMORRAGIA —

REFLEJOS ↓

MOTILIDAD ↓

HORA 1330

COMENTARIOS

Ingresa sala de recuperación bajo anestesia general sin complicaciones.

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejor

FIRMA

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIRECTOS 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 Ø

INICIACION Y FINALIZACION ⊛

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE ▨

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL ____ C.C.
____ C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CI

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 2-Jul-2024 17:34:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO**	AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:**	2024.06.2 02:38
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	16 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE	1 NIVEL I		CAMPOALEGRE	VEREDA LA VEGA	3115098148

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.25	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2024.06.25	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LLR	1.00
2024.06.25	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	45.00
2024.06.25	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA ATOMIZA AL10%FR-83ML	LLR	1.00
2024.06.25	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	1.00
2024.06.25	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LLR	1.00
2024.06.25	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	100.00
2024.06.25	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	2.00
2024.06.25	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	100.00
2024.06.25	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2024.06.25	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2024.06.25	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2024.06.25	CLI	F243630	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY	LLR	1.00
2024.06.25	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LLR	1.00
2024.06.25	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	LLR	1.00
2024.06.25	PAR	BISTURI 20'	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	LLR	1.00
2024.06.25	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	1.00
2024.06.25	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	3.00
2024.06.25	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	4.00
2024.06.25	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	4.00
2024.06.25	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	4.00
2024.06.25	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	20.00
2024.06.25	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LLR	20.00
2024.06.25	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	1.00
2024.06.25	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LLR	2.00
2024.06.25	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LLR	3.00
2024.06.25	MAS	VENDA DE	VENDA YESO DE 6X5	LLR	3.00

REFERENCIA N° 11493 Folio HC N° 16 Pagina 1/2

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No 09

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTE

INFORMACION DEL PRESTADOR

FECHA Y HORA 24/06/2024 11:54:36 p. m.

Nombre: ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE NIT: 891180039 DV: 0

Codigo: 411320047701 Dirección Prestador: Cra 9 N9 32-50 Km 1 Via a neiva

Teléfono: 8-8380030 Departamento: HUILA 41 Municipio: campoalegre 132

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
TRUJILLO	MONTENEGRO	NICOLLE	DANIELA

Tipo de documento de identificacion: Tarjeta_de_Identidad Numero del documento de Identificación: 1079177245

Fecha de Nacimiento: 21/09/2007 Edad: 16 Años / 9 Meses / 4 Dias

Direccion de residencia habitual: CALLE 27 N 11 26 Telefono: 3133890718

Departamento: HUILA 41 Municipio: CAMPOALEGRE 132

Entidad Responsable del Pago: LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT Nivel: OTROS CODIGO AT1429

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
No Tiene			No Tiene

Direccion de residencia habitual: Telefono:

Tipo de documento de identificacion: Cédula_Ciudadanía Numero del documento de Identificación:

Municipio del Responsable 41132

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: DAYANA MARIA PABON PACHECO Telefono: 8 - 8380030

Servicio que solicita la Referencia: URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS Celular: 3178934013

Servicio para el cual se solicita la Referencia: Urgencias

ANAMNESIS

Motivo Consulta: Motivo de Consulta:
ACCIDENTE DE TRANSITO.

Evolucion Médica:
FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE DESDE LA LOCALIDAD, TRAIDA EN AMBULANCIA INSTITUCIONAL, QUIEN NIEGA ENFERMEDAD DE BASE O ALERGIAS, ACUDE REFIRIENDO QUE HACE APROX 15 MINUTOS, IBA DE PASAJERA, EN UNA MOTOCICLETA, REFIRE EL CONDUCTOR INTENTO LEVANTAR LA MOTO EN LA LLANTA DE ATRAS, PERDIÓ ESTABILIDAD Y CONTROL DE ESTA, A LA ALTURA DE LA CRA 12 CON 19, DESDE ENTONCES SIENTE -DOLOR EN PIERNA IZDA, Y ARDOR EN GLUTEO. (ANAMNESIS HECHA CON BASE EN LO REFERIDO PÓR PTE A SU INGRESO – NO ME HAGO RESPONSABLE DE VERSIONES FUTURAS).

Enfermedad Actual:

Antecedentes:

LICENCIADO A: [HOSPITAL EL ROSARIO DE CAMPOALEGRE] NIT [891180039-0]

Examen Físico: Examen Fisico:
NORMOCEFALO, SIN HERIDAS NI DEPRESIONES EN CABEZA, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, AMIGDALAS ROSADAS, CONDUCTOS AUDITIVOS SIN ALTERACIONES CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS, TORAX SIMETRICO,EXPANSIBLE, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN PERISTALSIS POSITIVA, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, MURPHY, BLUMBERG, ROVSING, PSOAS, MC. BURNEY Y PB TALÓN NEGATIVOS, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES : HOMBRO IZDO, RODILLAS, PIERNAS IFNERIORES, Y PIE IZDO CON ABRASIONES, TERCIO DISTAL PEIRNA INFERIOR IZDA CON EDEMA MARCADO Y DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL, RESTO EXTREMIDADES SIN EDEMA, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG. DROSOLUMBAR SIN ALTERACION APARENTE, SNC SIN ALTERACION APARENTEGLASGOW 15/15, PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO; LENGUAJE FLUENTE, COMPRENDE LO PREGUNTADO, JUICIO Y RAZOCINIO CONSERVADOS; SIN ASIMETRIA EN PUPILAS, FONDO DE OJO NORMAL, MIRADA PRIMARIA CENTRAL, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, SENSIBILIDAD Y SIMETRIA FACIAL, NO ALTERACION DE PARES CRANEALES; FUERZA MUSCULAR EN EXTREMIDADES CONSERVADA; SENSIBILIDAD SUPERFICIAL, PROFUNDA Y CORTICAL CONSERVADAS; NO ALTERACION DE COORDINACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION MEMNINGEA; MARCHA SIN ALTERACION.PIEL ABREASINES EN GLUTEO DERECHO QUE SZE EXTIENDE A TERCIO PROXIMAL POST DE MUSLO, ABRASIONES EN EXTREMIDADES. "SE EXAMINA PTE CON EPP: OMS"

Cabeza y Cuello:
Asintomático
Organos de los sentidos:
Asintomático
Cardio Pulmonar:
Asintomático
Abdominal:
Asintomático
Genitourinario:
Asintomático
Osteomuscular:
Asintomático
Piel y Anexos:
Asintomático

Signos Vitales: FC: 0 x Min | FR: 0 x Min | GlasGow: 0 / 0 | TC: 0,0000 | Peso: 0,0000

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uterina ☐ Actividad Uterina Regular ☐ Aminorea ☐ Ruptura d

Tiempo Evolución: 0 min **TV Dilatación:** 0 **Borramiento:** 0 **Estación :** 0 ☐ Cefalico

Resultados Exámenes Diagnósticos: **Resultado Tratamiento:** NIEGA

MOTIVO DE REMISION

Motivo Remisión: Falta_Cama_IPS_Remite
Descripción Motivo:
RX PIERNA IZQUIERDA: FRACTURA DESPLAZADA EN TERCIO MEDIAL.

PACIENTE CON POLITRAUMATISMOS POR ACCIDENTE DE TRANSITO, EN EL MOMENTO TRANUQILA, CON FRACTURA DE TIBIA Y PERONE DESPALZADA, QUIENR EQUEIRE ITNERVENCION POR ORTOPEDIA, MOTIVO POR EL QUE DECIDO REMITIR A NIVEL DE MAYOR COMPLEJDIAD, SE INDICA NANALZIAR, E INMOVILIZAR MII.

Nombre IPS: **Nivel:**
Municipio: **Departamento :**
Servicio que Remite: URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS
Servicio Remitido: Urgencias
Resumen H.Clinica:
Fecha Confirmación: **Fecha Salida:**

IMPRESION DIAGNÓSTICA

CÓDIGO	NOMBRE
S417	HERIDAS MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
S817	HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA
S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

C.C. 1081818506 - DAYANA MARIA PABON PACHECO
Registro Medico: 1081818506 - MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL EL ROSARIO DE CAMPOALEGRE] NIT [891180039-0]

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

NOTAS ADICIONALES WEB

Nº Historia Clínica:	1079177245				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO		**Identificación:**	1079177245	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	21/septiembre/2007	**Edad Actual:** 16 Años - 9 Meses - 3 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CALLE 27 N 11 26		**Teléfono:**	3133890718	
Procedencia:	CAMPOALEGRE		**Ocupación:**		
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Régimen:**	Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Nivel - Estrato:**	OTROS	
DATOS DEL INGRESO		**FOLIO Nº 16**	**(Fecha: 24/06/2024 11:54 p. m.)**		
Responsable:			**Teléfono Resp:**		
Dirección Resp:			**Nº Ingreso:**	831084	**Fecha:** 24/06/2024 10:05:25 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		**Causa Externa:**	Enfermedad_General	

DESCRIPCION DE LA NOTA:

RX PIERNA IZQUIERDA: FRACTURA DESPLAZADA EN TERCIO MEDIAL.

PACIENTE CON POLITRAUMATISMOS POR ACCIDENTE DE TRANSITO, EN EL MOMENTO TRANUQILA, CON FRACTURA DE TIBIA Y PERONE DESPALZADA, QUIENR EQUEIRE ITNERVENCION POR ORTOPEDIA, MOTIVO POR EL QUE DECIDO REMITIR A NIVEL DE MAYOR COMPLEJDIAD, SE INDICA NANALZIAR, E INMOVILIZAR MII.

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S822	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	True	
S824	FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE	False	
S817	HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA	False	
S417	HERIDAS MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	False	
S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO	False	

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Ginecobstétricos	G0P0A0C0V0
Médicos	NO REFIERE
Médicos	NIEGA
Ginecobstétricos	Anotado
Médicos	NEGATIVOS.
Ginecobstétricos	Anotado
Médicos	NIEGA

MEDICAMENTOS

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
IDM0000162	CATETER N0 20	1	<
IDM000134	EQUIPO MACROGOTEO	1	<
IDM000100	BURETROL	1	<
IDM000130	JERINGA 10 CC	2	<
N02AX0207	TRAMADOL 50MG/ML AMPOLLA	3	50 MG EN 150 CC SSN IV A 60 C CH C 8 H
B05BB0102	SODIO CLORURO AL 9%X 500 CC	1	.
IDM000157	VENDA DE YESO 6X5	1	<
IDM000110	VENDA DE ALGODON 6X5	1	<
IDM000076	VENDA ELASTICA BLANCA 6X5	2	<

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	Condiciones	Requiere Cama
Urgencias_Observacion	REMISION NVO TRAMADOL IV FERULA CSV AC		☐



Medico: PABON PACHECO DAYANA MARIA
No. Documento: 1081818506
Tarjeta Profesional: 1081818506

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079177245				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO		**Identificación:**	1079177245	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	21/septiembre/2007 **Edad:** 16 Años - 9 Meses - 3 Días		**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CALLE 27 N 11 26		**Teléfono:**	3133890718	
Procedencia:	CAMPOALEGRE		**Ocupación:**		
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Régimen:**	Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Nivel - Estrato:**	OTROS	
DATOS DEL INGRESO	FOLIO Nº 15		**(Fecha: 24/06/2024 10:22 p. m.)**		
Responsable:			**Teléfono Resp:**		
Dirección Resp:			**Nº Ingreso:**	831084 **Fecha:**	24/06/2024 10:05:25 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		**Causa Externa:**	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI **REINGRESO DE PACIENTE** NO

INICIO DE ATENCION 24/06/2024 10:13 p. m.)

Código pertenencia étnica	Otras etnias	**Código nivel educativo**	Ninguno
Grupo poblacional	Población general	**Credo religioso**	Católica
El paciente tiene algún tipo de discapacidad	No		

Autoriza participación de estudiantes

Motivo de Consulta

ACCIDENTE DE TRANSITO.

Enfermedad Actual

FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE DESDE LA LOCALIDAD, TRAIDA EN AMBULANCIA INSTITUCIONAL,. QUIEN NIEGA ENFERMEDAD DE BASE O ALERGIAS, ACUDE REFIRIENDO QUE HACE APROX 15 MINUTOS, IBA DE PASAJERA, EN UNA MOTOCICLETA, REFIRE EL CONDUCTOR INTENTO LEVANTAR LA MOTO EN LA LLANTA DE ATRAS, PERDIÓ ESTABILIDAD Y CONTROL DE ESTA, A LA ALTURA DE LA CRA 12 CON 19, DESDE ENTONCES SIENTE -DOLOR EN PIERNA IZDA, Y ARDOR EN GLUTEO. (ANAMNESIS HECHA CON BASE EN LO REFERIDO PÓR PTE A SU INGRESO – NO ME HAGO RESPONSABLE DE VERSIONES FUTURAS).

Revisión por Sistemas

Cabeza y Cuello	Asintomático	
Organos de los Sentidos	Asintomático	
CardioPulmonar	Asintomático	
Abdominal	Asintomático	
Genitourinario	Asintomático	
OsteoMuscular	Asintomático	
Piel y Anexos	Asintomático	
Consume medicamentos naturales	No	

Tratamiento Actual

NIEGA

Otros Sistemas

NO REFIERE

Signos Vitales

Sistólica	120,00 mmHg	Diastólica	70,0000	FC	80,00 L*m	FR	16,00 R*m
Temperatura	36,00 °C	Talla	164,00 m	IMC	24,17 Kg/m2	Glasgow	15,00 /15
SaO2	99 %	Peso	65,00 kg	Dextrometer			

DESCRIPCIÓN EXÁMEN FISICO

5

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079177245				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO		**Identificación:**	1079177245	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	21/septiembre/2007 **Edad:** 16 Años - 9 Meses - 3 Días		**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CALLE 27 N 11 26		**Teléfono:**	3133890718	
Procedencia:	CAMPOALEGRE		**Ocupación:**		
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Régimen:**	Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Nivel - Estrato:**	OTROS,	
DATOS DEL INGRESO	FOLIO Nº 15		**(Fecha: 24/06/2024 10:22 p. m.)**		
Responsable:			**Teléfono Resp:**		
Dirección Resp:			**Nº Ingreso:**	831084 **Fecha:** 24/06/2024 10:05:25 p. m.	
Finalidad Consulta:	No_Aplica		**Causa Externa:**	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI **REINGRESO DE PACIENTE** NO

INICIO DE ATENCION 24/06/2024 10:13 p. m.)

Aspectos Generales	NORMOCEFALO, SIN HERIDAS NI DEPRESIONES EN CABEZA, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, AMIGDALAS ROSADAS, CONDUCTOS AUDITIVOS SIN ALTERACIONES CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS, TORAX SIMETRICO,EXPANSIBLE, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN PERISTALSIS POSITIVA, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, MURPHY, BLUMBERG, ROVSING, PSOAS, MC. BURNEY Y PB TALÓN NEGATIVOS, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES : HOMBRO IZDO, RODILLAS, PIERNAS IFNERIORES, Y PIE IZDO CON ABRASIONES, TERCIO DISTAL PEIRNA INFERIOR IZDA CON EDEMA MARCADO Y DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL, RESTO EXTREMIDADES SIN EDEMA, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG. DROSOLUMBAR SIN ALTERACION APARENTE, SNC SIN ALTERACION APARENTEGLASGOW 15/15, PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO; LENGUAJE FLUENTE, COMPRENDE LO PREGUNTADO, JUICIO Y RAZOCINIO CONSERVADOS; SIN ASIMETRIA EN PUPILAS, FONDO DE OJO NORMAL, MIRADA PRIMARIA CENTRAL, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, SENSIBILIDAD Y SIMETRIA FACIAL, NO ALTERACION DE PARES CRANEALES; FUERZA MUSCULAR EN EXTREMIDADES CONSERVADA; SENSIBILIDAD SUPERFICIAL, PROFUNDA Y CORTICAL CONSERVADAS; NO ALTERACION DE COORDINACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION MEMNINGEA; MARCHA SIN ALTERACION.PIEL ABREASINES EN GLUTEO DERECHO QUE SZE EXTIENDE A TERCIO PROXIMAL POST DE MUSLO, ABRASIONES EN EXTREMIDADES. *SE EXAMINA PTE CON EPP: OMS*	
Cabeza y cuello	NORMAL	
Ojos	NORMAL	
Otorrinolarigología	NORMAL	
Cardiovascular	NORMAL	
Pulmonar	NORMAL	
Abdomen	NORMAL	
Tacto vaginal	NO APLICA	
Genitourinario	NORMAL	
Osteomuscular	NORMAL	
Extremidades	NORMAL	
Piel	NORMAL	
Neurológico	NORMAL	
Tacto rectal	NO EXPLORADO	

Plan

PACIENTE CON MULIPLES HERIDAS ABRASIVAS, Y CON EDEMA Y DOLOR EN PIERNA IZDA, 2RIO A TRAUAMTISMO, POR ACCIDENTE DE TRANSITO, EN QUIEN SE REQUEIRE DESCARTAR FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ, POR LO QUE SS RX Y SE INDICA ANALGEISA Y CURACION DE HERIDAS.

-POLITRAUMATIMOS.
-HERIDAS ABRASIVAS EN EXTREMIDADES.
-HX ABRASIVA GLUTEO DERECHO.
-FRACTURAI TIBIA Y PERONÉ IZDA A DESCARTAR.

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S817	HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA	False	

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079177245				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO		Identificación:	1079177245	Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento:	21/septiembre/2007 Edad: 16 Años - 9 Meses - 3 Días		Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	CALLE 27 N 11 26		Teléfono:	3133890718	
Procedencia:	CAMPOALEGRE		Ocupación:		
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		Régimen:	Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		Nivel - Estrato:	OTROS	
DATOS DEL INGRESO	FOLIO N° 15		(Fecha: 24/06/2024 10:22 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	831084 Fecha:	24/06/2024 10:05:25 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO **SI** **REINGRESO DE PACIENTE NO**

INICIO DE ATENCION 24/06/2024 10:13 p. m.)

S417	HERIDAS MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	False
S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO	True

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Ginecobstétricos	G0P0A0C0V0
Médicos	NO REFIERE
Médicos	NIEGA
Ginecobstétricos	Anotado
Médicos	NEGATIVOS.
Ginecobstétricos	Anotado
Médicos	NIEGA

MEDICAMENTOS

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
N02AX0207	TRAMADOL 50MG/ML AMPOLLA	1	50 MG SC AHROA
IDM000130	JERINGA 10 CC	1	<

EXAMENES

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL	1	IZDA
39303	MATERIALES DE SUTURA, CURACION, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES GRUPOS 07 - 08 - 09	1	

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	Condiciones	Requiere Cama
Urgencias_Observacion	OSBERVACINO DIETA CTE TRAMDOL 50 MG SC AHROA SS RX CSV YA C REVALORAR		☐

Medico: DAYANA MARIA PABON PACHECO
No. Documento: 1081818506
Tarjeta Profesional: 1081818506

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.507.430
LIZCANO BARRERA
APELLIDOS
JHOJAN DAVID
NOMBRES

David Lizcano B
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-2004
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.87 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO
13-JUL-2022 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDRA VEGA ROCHA


INDICE DERECHO

P-1502200-01300456-M-1122507430-20220718 0080097162A 1 6505131631

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.079.177.245
TRUJILLO MONTENEGRO
APELLIDOS
NICOLLE DANIELA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-2007
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-SEP-2025 FECHA DE VENCIMIENTO | O+ G.S. RH | F SEXO
16-OCT-2014 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES


INDICE DERECHO

P-1902200-00661750-F-1079177245-20150127 0042564636A 3 7103108719

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031894235

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VTW77G	AKT	AK125NKD EIII	2025

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	GRIS	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PEJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: 157FMI058046E4
REG: N
VIN: 9F2D51254SB019811
NÚMERO DE SERIE: ******
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9F2D51254SB019811
REG: N
PROPIETARIO(A) APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): LIZCANO BARRERA JHOJAN DAVID
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1122507430

RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE: ******
POTENCIA HP: 10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902024000081511
NE
FECHA IMPORT.: 20/05/2024
PUERTAS: 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA: 28/05/2024
FECHA EXP. LIC. TTO.: 28/05/2024
FECHA VENCIMIENTO: ******
ORGANISMO DE TRANSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT12000008999

RUNT 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:	VTW77G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031894235	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2025	COLOR:	GRIS
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI068046E4
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51254SB019811	NÚMERO DE VIN:	9F2D51254SB019811
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	28/05/2024
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8122629100	23/05/2024	24/05/2024	23/05/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 17/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-62528 fechada el dia 24.08.05 cuyo paciente es TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE

HISTORIA No. 1079177245

GLOSA No: ZGL-1-48457 **SINIESTRO:** 62528

Recibido! 21 de Octubre del 2024 20309282

equidad seguros

>> **ITEM GLOSADO 1:** SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> **ITEM GLOSADO 2:** SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 17/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62528 fechada el dia 24.08.05 cuyo paciente es TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE

HISTORIA No. 1079177245

GLOSA No: ZGL-1-48457 **SINIESTRO:** 62528

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

>> ITEM GLOSADO 3: DPM-VENDA VENDA ALGODON 6X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: DPM-VENDA VENDA ELASTICA 6X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	17100.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	17100.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos

RECIBIDO 13 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20302796	**No.**	198590	**Siniestro**	90753146	**No. Factura**	FEC162528

Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	24/06/2024	**Fecha aviso**	15/07/2024	**Fecha recepción**	18/09/2024	
Fecha formalización	18/09/2024	**Fecha liquidación**	03/10/2024	**Póliza**	812262910	**Vigencia**	24/05/2024	**hast**	23/05/2025

Id tomador	1122507430	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1079177245	**Nombre**	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S700		**Ciuda** NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	15183	DERMOABRACIÓN ÁREA GENERAL		100%	241,900	0	241,900
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05		100%	158,100	0	158,100
1	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 05		100%	431,600	0	431,600
1	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06		100%	176,500	0	176,500
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5). NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5). NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5).		168,530	58,900	109,630

1001	Cobrado	1,299,030
1002	Obj. Parcial	181,300
1003	Liquidado	1,117,730

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:12:20 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. FEC162528

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
41a84df641ae138d2bcd1062a9e561811a6b0d2114e40ea22ac5c5d2788d1681274024cd764e604af514645de03aa782

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1299030

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-04 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
74916040a2bf4dcf601eb79527ecfe647fe4a8a7bbb860d32338d149196705b80134c9d637b199e0b75ab0e9595427e6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-05 11:00:28.000 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. FEC162528

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
41a84df641ae138d2bcd1062a9e561811a6b0d2114e40ea22ac5c5d2788d1681274024cd764e604af514645de03aa782

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7559df8bc6acbed801c5245203997c94dc36b0fb9c3cdc8ef6dc67fb0e62f5edfe39813fc3ddb9f0036144661692e5bc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-06 05:29:36.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
60b51eab46f05a6d061dcc798b19418c7c00d7306e0aaba1a97bdcfceb773cda26c4a27a110a0b8953e51761e01d6013

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:49:27.000 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. FEC162528

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
41a84df641ae138d2bcd1062a9e561811a6b0d2114e40ea22ac5c5d2788d1681274024cd764e604af514645de03aa782

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7754e3c6e9448e8ea8863128436975a4fcd1f0f1a21c15ba56dbd68019f66fab7e09de4b37d80ae82089f49828794444

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:49:39.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 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: 2/7/2025 -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 ,2024.08.05	10:58:47	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62529

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: HOSPITALIZACION

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 181978,182191

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.08.25 - 16:01	2024.08.29 - 11:05

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA
EDAD : 16 Años Dias estancia 1
DIRECCION: VEREDA LA VEGA CAMPOALEGRE TELEFONO: 3115098148

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13580	OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE	28-Jun-2024	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	810,500	810,500
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jun-2024	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	472,100	472,100
39123	GRUPO 12	28-Jun-2024	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	221,200	221,200
39214	GRUPO 12	28-Jun-2024	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,299,000	1,299,000
39304	GRUPOS 10 11 12 13	28-Jun-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
13561	REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE	28-Jun-2024	39004	4	06	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	237,900	237,900
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	28-Jun-2024	39104	4	06	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	141,200	141,200
39117	GRUPO 06	28-Jun-2024	39117	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	62,100	62,100
39208	GRUPO 06	28-Jun-2024	39208	4		72.50%	4-DER.SALA	CLF	1	452,800	452,800
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	28-Jun-2024	39305	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	71,700	71,700
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						4	346,900	1,387,600
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
	CLAVO INTRAMEDULAR DE TIBIA MULTIBLOQUEO CON ARCO DE INSERCION SI								1	1,877,600	1,877,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								3	0	0
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								3	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
936100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								42	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								11	200	2,200
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								4	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								21	500	10,500

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 ORTOPE... NIT. 800.110.18...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: ...23 12... por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-0005...595 Hast... 00080000 AUTORIZA...

Cufe: 1861f88a0c55befd1c5026d9a2515fbe6e35125b9f4276f9c5839d949205bf3b1ee1c...818658891c2e15b6a6b57

Recibido!
18 de Septiembre del 2024
20302798

Software: GEMA. Fabricante: Intelgencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. ...0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.399.126 - 6

69

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.05	10:58:47	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62529

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO HOSPITALIZACION
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 181978,182191
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.08.25 - 16:01 2024.08.29 - 11:08

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA EDAD : 16 Años Dias estancia 1
DIRECCION: VEREDA LA VEGA CAMPOALEGRE TELEFONO: 3115098148

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1I Interv 100%										
13580	OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE	28-Jun-2024	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	810,500	810,500
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jun-2024	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	472,100	472,100
39123	GRUPO 12	28-Jun-2024	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	221,200	221,200
39214	GRUPO 12	28-Jun-2024	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,299,000	1,299,000
39304	GRUPOS 10 11 12 13	28-Jun-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2I+ #Via, =Ciruj										
13561	REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE	28-Jun-2024	39004	4	06	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	237,900	237,900
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO	28-Jun-2024	39104	4	06	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	141,200	141,200
39117	GRUPO 06	28-Jun-2024	39117	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	62,100	62,100
39208	GRUPO 06	28-Jun-2024	39208	4		72.50%	4-DER.SALA	CLF	1	452,800	452,800
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	28-Jun-2024	39305	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	71,700	71,700
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						4	346,900	1,387,600
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
	CLAVO INTRAMEDULAR DE TIBIA MULTIBLOQUEO CON ARCO DE INSERCION SI								1	1,677,600	1,677,600
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								3	0	0
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								3	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
936100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								42	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								11	200	2,200
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 0								4	0	0
908608	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								4	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
086100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								21	500	10,500

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 1861f88a0c55befd1c5026d9a2b15fbe6e35125b9f4276f9c5839d949205bf3b1ee1c0f6e0bf18658891c2e15b6a6b57

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

69

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.06.05	10:56:47	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62529

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								11	600	6,600
	EQUIPO ADMINISTRACION DE SANGRE GOTHAPLAST								1	4,100	4,100
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								8	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								7	4,892	34,244
19996775-01	ISODINE SOLUCION								300	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								32	3,758	120,256
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								10	2,500	25,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								11	3,387	37,257
19995363-01	ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML								3	40,000	120,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19960774-01	BUPIROP 0,5% PESADO AMP								1	0	0
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								20	11,300	226,000
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.28	873121		FGR				1	90,400	90,400
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2024.06.26	870001		CLF				8	209,900	1,679,200
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.06.27	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.27	902208						1	34,300	34,300
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.28	902208						1	34,300	34,300
19509	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	2024.06.27	902212						1	43,800	43,800
19749	NITROGENO UREICO	2024.06.27	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.27	902045						1	49,900	49,900
19828	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MAYOR INCLUYE: HEMOCLASIFICACION DE DONANTE RECEPTOR	2024.06.27	911022						1	58,800	58,800
19842	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES	2024.06.27	911004						1	55,500	55,500
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.27	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
30105	UNIDAD DE SANGRE POBRE EN LEUCOCITOS	2024.06.27	911107		APG				1	535,100	535,100
30202	APLICACION DE GLOBULOS ROJOS O SANGRE, EN PACIENTE HOSPITALIZADO	2024.06.27	912002		APG				1	110,600	110,600
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.26	890602		FGR				1	82,800	82,800
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.06.27	890602		FGR				1	82,800	82,800
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O	2024.06.28	890202		FGR				1	61,200	61,200

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR; CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 1861f88a0c55bcfd1c5026d9a2515fbe6e35125b9f4276f9c5839d949205bf3b1ee1c0f6e0bf18658891c2e15b6a6b57

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

68

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.05	10:58:47	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62529

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO										
62320045	TORNILLO DE BLOQ INTRAMEDULAR TIBIA 4.5MM X 35MM	2024.06.28	6232004503	CLF					1	142,350	142,350
62320045	TORNILLO DE BLOQ INTRAMEDULAR TIBIA ACERO 4.5MM X 60MM	2024.06.28	6232004505	CLF					1	142,350	142,350

VALOR BRUTO:	11,636,957	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	11,636,957

SON: ONCE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.05 11:05:10 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 1861f88a0c55befd1c5026d9a2515fbe6e35125b9f4276f9c5839d949205bf3b1ee1c0f6e0bf18658891c2e15b6a6b57

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

67

FACTURA:	62529
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 8,444,869
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 3,192,088
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EVT

Usuario: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 62529

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
TRUJILLO	MONTENEGRO

1er.Nombre	2do.Nombre
NICOLLE	DANIELA

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC [X] TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1079177245

De: 41132 Fecha de Nacimiento: 21/09/2007 Sexo: [X] F [ ] M [ ] O

Direccion: VEREDA LA VEGA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3115098148

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 12 CON CALLE 19 CAMPOALEGRE

Fecha Evento/Accidente: 24/06/2024 Hora: 20:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA VTW77G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: VTW77G

Tipo de Vehiculo:											
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: ATI501

Poliza SOAT No 8122629100

Vigencia de la Poliza: Desde: 24/05/2024 Hasta: 23/05/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social: LIZCANO	2do.Apellido: BARRERA
1er.Nombre: JHOJAN	2do.Nombre: DAVID

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 1122507430

Direccion: CARRERA 5 N 20 74

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Telefono: 3125706800 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido: LIZCANO	2do.Apellido: BARRERA
1er.Nombre: JHOJAN	2do.Nombre: DAVID

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 1122507430

Direccion: CARRERA 5 N 20 74

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125706800

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [X] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: 24/06/2024 a las 23:54

Prestador que remite: ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Codigo de inscripcion: 411320047701

Direccion: CAR 9 N 32 50 Telefono: 098 8381481 HUILA-CAMPOALEGRE

Profesional que Remite: DAYANA MARIA PABON PACHECO Cargo: MEDICO GENRAL

Fecha de Aceptacion: 24/06/2024 a las 00:09

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Codigo de inscripcion: 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 Telefono: 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO Cargo: MEDICO GENERAL Placa Ambulancia:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde : Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 25/06/2024 a las 16:01

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
S700 CONTUSION DE LA CADERA

Fecha de Egreso: 29/06/2024 a las 11:05

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
S700 CONTUSION DE LA CADERA

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante: SALGADO	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante:
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante: HORACIO	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante: ORDOÑEZ

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 1075271438

Numero de Registro de Medico 1075271438

71

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	11636957	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.25 — HORA DE INGRESO: 02:38
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.06.29 — HORA DE EGRESO: 11:05
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
CONFIRMADO: S300 - CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
RELACIONADO1: S700 - CONTUSION DE LA CADERA
RELACIONADO2: S701 - CONTUSION DEL MUSLO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.25-03:34:41 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA VTW77G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 03+01 HORAS
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE CAMPOALEGRE, REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER 24/06/2024, OCASIONANDO MULTIPLES TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, QUIEN POR HALLAZGOS DECIDEN REMITIR PARA VALORACION ESPECIALIZADA Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUCION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 118/65 FC: 110 FR: 20 TEMP: 36.2 TALLA: 168 PESO: 63 IMC: 22 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, SIN MASAS, SIN DOLOR, SIN LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD
<<TORAX>>
SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOROSO A PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<PELVIS>>
PELVIS DOLOROSA A PALPACION DE PREDOMINIO IZQUIERDO, CON LIMITACION DE MOVILIDAD
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN MUSLO, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
GRAN ABRASION CON TATUAJE TRAUMATICO EN GLUTEO DERECHO QUE SE EXTIENDE A MUSLO POSTERIOR, ABRASION CON TATUAJE TRAUMATICO EN RODILLAS, PIERNA, TODBILLO Y PIE IZQUIERDO-
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA VIGILANCIA, MANEJO MEDICO Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE INDICA TOMAR PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION, SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA.

PLAN
- OBSERVACION
- LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.06.25-03:46:44 MEDICO: / (AUXIL. WIL - WILSON ESCOBAR MARTINEZ - C.C. 1083929086 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 03:35 / 03:40 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: WILSON ESCOBAR MARTINEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

03+35 HRS// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN REGION LUMBO SACRA+ RODILLA IZQUIERDA+ TOBILLO+ PIE, 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.
S
/

***** FECHA: 24.06.25-06:06:44 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: CON FRACTURA DE TIBIA Y PERONE EN TERCIO MEDIO, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

*** FECHA: 24.06.25-06:17:41 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 06:01 / 06:11 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.06.25-06:17:47 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.06.25-06:48:58 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REPORTAN PARACLINICOS

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 15610, NEU: 91.6, LIN: 5.6, HGB: 12.5, HCTO: 36.1, PLAQ: 265000

TP: 13.4, TTP: 31, INR: 1.13

HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS DE PREDOMINIO NEUTROFILICO EN CONTEXTO DE TRAUMA, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA, TIEMPOS DE COAGULACION EN LA NORMALIDAD.

*** FECHA: 24.06.25-07:05:46 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. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI	1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA	
FCHA.NACTO:	2007.09.21		EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL: 3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO		RH:	O+			

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN REGION GLUTEA Y PIERNA BILATERAL . ,
AL EXAMEN FISICO: REDION GLUTRA ABRASION TATUADA EXTENSA . PIERNA DERECHA ABRASION TATUADA , BUEA MOVILIDAD .
PIERNA IZQ ABRASION EDEMA Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQ
DX: FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQ
ABRASIONES MULTIPLES
PLAN: VALORACION POR CIRUGIA.PLASTICA.
INMOVILIZAR MII CON FERULA INGUINOMALEOLAR LUEGO DEL PROCEDIMENINTO DE CIRUGIA PLASTICA SE HOPRITALIZA PARA TRATAMIENTO ANTIEDEMA Y LUEGO CIRUGIA .

*** FECHA: 24.06.25-13:11:53 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR CIRUGIA PLASTICA,
REQUIERE POSTERIOR A DERMOABARASION DE SUS LESIONES EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, REALIZAR INMOVILIZACION INGUINOMALEOLAR.
HOSPITALIZAR POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR CIRUGIA PLASTICA , PARA CONTINAUR MANEJO POR ORTOPEDIA.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-13:11:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.25-14:23:18 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: 110/70 FC: 70 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

PELVIS: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN GLUTEOS (EXTENSO EN EL DERECHO).

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, TOBILLO DERECHO, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS. EDEMA, DEFORMIDAD Y DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL SE ENCUENTRA INMOVILIZADA CON FERULA DE PLASTICO.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-13:30:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.25-14:24:18 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: 110/70 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

PELVIS: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN GLUTEOS (EXTENSO EN EL DERECHO).
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, TOBILLO DERECHO, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS. EDEMA, DEFORMIDAD Y DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL SE ENCUENTRA INMOVILIZADA CON FERULA DE PLASTICO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 13:25 PM

*** FECHA: 24.06.25-14:30:58 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 13:25 / 14:00 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 18596
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

**** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ****

HALLAZGOS:
PELVIS:
1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN GLUTEOS (EXTENSO EN EL DERECHO).
EXTREMIDADES:
1.1 ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, RODILLAS, TOBILLO DERECHO, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS. EDEMA, DEFORMIDAD Y DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL SE ENCUENTRA INMOVILIZADA CON FERULA DE PLASTICO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA

60

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

NOTA: ORTOPEDIA REALIZA COLOCACION DE FERULA DE YESO EN MII.

*** FECHA: 24.06.25-14:33:12 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE INDICA ALTA POR CIRUGIA PLASTICA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

TRASLADO A HOSPITALIZACION PARA MANEJO POR ORTOPEDIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
TRASLADO A HOSPITALIZACION PARA MANEJO POR ORTOPEDIA
ALTA POR CIRUGIA PLASTICA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA
RECOMENDACIONES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

RECOMENDACIONES:
BAÑO NORMAL CON AGUA Y JABON
APLICAR RIFOCINA SPRAY (O MERCURIO CROMO CON GASAS ESTERILES) EN AREAS DE TRAUMA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
PROTECCION SOLAR POR 3 MESES EN AREAS DE TRAUMA
ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
TOMAR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS ORDENADOS
SIGNOS DE ALARMA: ACUDIR POR URGENCIAS SI PRESENTA FIEBRE, CALOR, ENROJECIMIENTO, SECRECION O DOLOR INTENSO EN HERIDA(S) QUIRURGICA(S)

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-14:32:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.25-14:41:35 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR IZQ LUEGO DE DERMOABRASION

*** FECHA: 24.06.25-14:42:57 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 INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR IZQ LUEGO DE DERMOABRASION

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NORMALES

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36

** 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 : PIERNA IZQ ABRASION EXTENSA , EDE,A DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO MEDIO .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***NOTA RETROSPECTIVA 13:56
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
PASAR A CIRUGIA

*** FECHA: 24.06.25-15:06:29 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 14:00 / 14:20 DURACION: 00:19

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 18597
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO ANESTESIA GENERAL LUEGO DE LA DERMOABRASION DEL CIRUJANO PLASTICO SE PRACTICO INMOVILIZACION DE LA FRACTURA DE TIBIA Y PERONE CON UNA FERULA INGUINOPEDICA . NO COMPLICACIONES.

*** FECHA: 24.06.25-15:29:57 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
POP INBMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** ANALISIS PLAN:
HOSPITALIZAR

** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS :
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.25-15:29:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

57

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.25-16:48:13 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24/06/2024 CON POLITRAUMATISMO, CON MULTIPLES ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO Y FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO, ES LLEVADO A CIRUGIA INICIALMENTE POR CIRUGIA PLASTICA PARA DERMOABRASION, LA CUAL SE REALIZA SIN COMPLICACIONES, SE INMOVILIZA CON FERULA INGUINOPEDICA POR ORTOPEDIA AL REALZIAR CURACION ADECUADA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO AFECTADO, Y SE TRASLADA A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 118/65 FC: 110 FR: 20 TEMP: 36.2 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, SIN MASAS, SIN DOLOR, SIN LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD
<<TORAX>>
SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS <<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOROSO A PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
PELVIS DOLOROSA A PALPACION DE PREDOMINIO IZQUIERDO, CON LIMITACION LEVE DE MOVILIDAD
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON UINMOVILIZACION CON FERULA DE YESO INGUINOPEDICA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. , PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ABRASIONES CON ADECUADA CURACION EN GLUTEO DERECHO QUE SE EXTIENDE A MUSLO POSTERIOR, ABRASION CON ADECUADA CURACION EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO <<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQ
ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTBLE, CON DOLOR MODULADO, EN SEGIMIENTO POR ORTOPEDIA, EN MANEJO ANTIEDEMA Y TROMBOPROFILAXIS ADECUADA, CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO POR SUS ABRASIONES MULTIPLES, POR EL MOMENTO SIN OTROS CAMBIOS.

PLAN:
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
ENOXAPARINA AMP 40 MG SUBC CADA DIA (INICIAR EN 6 HORAS POSTQUIRURGICAS)
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.25-16:52:40 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 40 MG SUBC CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA

55

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

***** FECHA: 24.06.25-22:37:38 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE EN EL MOMENTO BAJO TRATAMIENTO INSTAURADO, EN SEGUIMIENTO, PASANDO BUENA NOCHE DOLOR CONTROLADO SIGNOS ESTABLES SE CONTINUA TRATAMIENTO Y VIGILANCIA.

***** FECHA: 24.06.26-01:24:45 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 - FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2 - CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIÓTICO, EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR ADECUADO CONTROL DEL DOLOR CON LA MEDICACIÓN NIEGA FIEBRE, PASO BUENA NOCHE TOLERA LA VÍA ORAL..

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 118/78 FR: 18 T: 36.7 FC: 83 SATO2: 96%
NORMOCEFALA HIDRATADA ANICTERICA, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN PIERNA Y TOBILLO DERECHO, GLUTEOS, INMOVILIZACCION INGUINO-PEDICA IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADA SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, AHORA EN POP DE MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA, EN SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA, CONSOLIDANDO MANEJO, PENDIENTE PROGRAMAR OSTEOSINTESIS, EN EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, ESTABLE, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTEMICOS, POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA INTRAHOSPITALARIO. SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP SUBC CADA 24 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, 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

- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

*** FECHA: 24.06.26-06:31:50 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 110/72 FR: 18 T: 36.6, P: 78 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADA, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO DEL POP, PENDIENTE PROGRAMAR OTS POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.06.26-09:47:51 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 - FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2 - CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN, NO DOLOR AGUDO, BUEN PATRON RESPIRATORIO.

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 100/62 FR: 19 T: 36.7 FC: 83 SATO2: 95%
NORMOCEFALA HIDRATADA ANICTERICA, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN PIERNA Y TOBILLO DERECHO, GLUTEOS, INMOVILIZACCION INGUINO-PEDICA IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADA SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANÁLISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO, SE PROGRAMA PARA CIRUGIA EL DIA VIERNES 28/06/2024,. POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO.

** CONDUCTA:

** ORDENES Qx:

PROGRAMACION DE CIRUGIA
PROGRAMAR: PRIORITARIO OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS: CLAVO BLOQUEADO DE TIBIA ESTANDAR
FECHA 28/06/2024
DURACION 1 HORA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.26-16:20:39 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, TRANQUILA, DESCANSA EN CAMA, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO, SE PROGRAMA PARA CIRUGIA EL DIA VIERNES 28/06/2024,. POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU MANEJO MEDICO. EN SEGUIMIENTO POR ORTPEDIA.

*** FECHA: 24.06.26-20:17:52 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN FIEBRE, CON DOLOR MODULADO.
OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
SIGNOS VITALES: TA: 128/75 MMHG, FC: 89 LPM, FR: 19 RPM, T: 36.5 °C, SO2: 98 % AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: PULSOS DISTALES PRESENTES, INMOVILIZACCION INGUINO-PEDICA IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO.

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON INDICACION DE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACION, EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO, PENDIENTE CIRUGIA EL DIA VIERNES 28/06/2024, EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON DOLOR MODULADO, POR EL MOMENTO SE CONTINUA VIGILANCIA Y MANEJO, SEGUIMIENTO ESPECIALIDAD TRATANTE, ATENTOS A EVOLUCION, SE LE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUA EN LA UNIDAD
CONTINUA MANEJO INSTAURADO
CIRUGIA EL DIA VIERNES 28/06/2024

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.27-00:31:23 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
EVOLUCION:

PACIENTE CON HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON INDICACION DE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACION, EN EL MOMENTO PACIENTE ACOSTADO EN CAMA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON DOLOR MODULADO, SIGNOS VITALES EN METAS, POR EL MOMENTO SE CONTINUA VIGILANCIA Y MANEJO, SEGUIMIENTO ESPECIALIDAD TRATANTE, ATENTOS A EVOLUCION.

PLAN:
CONTINUA EN LA UNIDAD
CONTINUA MANEJO INSTAURADO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP SUBC CADA 24 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, 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: 24.06.27-06:30:22 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN FIEBRE, CON DOLOR MODULADO, PASO BUENA NOCHE.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
SIGNOS VITALES: TA: 120/75 MMHG, FC: 77 LPM, FR: 18 RPM, T: 36.4 °C, SO2: 97 % AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: PULSOS DISTALES PRESENTES, INMOVILIZACCION INGUINO-PEDICA IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO.

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON INDICACION DE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACION, EN MANEJO ANTIEDEMA PARA PERMITIR ABORDAJE QUIRURGICO, PENDIENTE CIRUGIA EL DIA VIERNES 28/06/2024, EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON DOLOR MODULADO, PASO BUENA NOCHE, POR EL MOMENTO SE CONTINUA VIGILANCIA Y MANEJO, SEGUIMIENTO ESPECIALIDAD TRATANTE, ATENTOS A EVOLUCION, SE LE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUA EN LA UNIDAD
CONTINUA MANEJO INSTAURADO
PENDIENTE CIRUGIA EL DIA VIERNES 28/06/2024
USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
CABECERA A 30 GRADOS.
CAMILLA CON BARANDAS.
CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
NO MOJAR INMOVILIZACION/VENDAJE
PREVENIR CAIDAS.
SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
CONTROL SIGNOS VITALES
AVISA CAMBIOS

*** FECHA: 24.06.27-07:42:40 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDADCON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO DESCRITO EN EL MOMENTO CON PALIDES MUCOCUTANEA ASOCIADO A TAQUICARDIA LLENADO CAPILAR =3 SEG. POR LO QUE SE INDICA TOMAR PARACLINICOS DE CONTROL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE SOLICITA PT, PTT, HEMOGRAMA, CREATININ Y BUN.

*** FECHA: 24.06.27-10:01:08 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN FIEBRE, CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO LA VIA ORAL .
OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
SIGNOS VITALES: TA: 125/76 MMHG, FC:97 LPM, FR: 18 RPM, T: 36.4 °C, SO2: 97 % AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: PULSOS DISTALES PRESENTES, INMOVILIZACCION INGUINO-PEDICA IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO. PALIDEZ GENERALIZADA.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, CON TAQUICARDIA Y PALIDES MUCOCUTANEA, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA VENTILATORIA, CON EVIDENCIA DE ANEMIA POR LO QUE SE INDICA TRANSFUNDIR 1 UGRE. POR EL MOMENTO SE CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO ESTABLECIDO.

PLAN
TRANFUNDIR 1 UGRE
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: LEU: 5080 NEU: 62.9 % HGB: 7.3 HCT: 20.5 PLQ: 152000 (LEUCOS Y NEUTROS SIN ALTERACION CON EVIDENCIA DE ANEMIA)
PT: 14.6 PTT: 25.9 INR: 1.13 (NORMAL)
CREATININA: 0.5 BUN: 15.0 (FUNCION RENAL NORMAL)

*** FECHA: 24.06.27-10:03:07 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SS/ 1 UNUIDAD DE GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCIOCITOS
PRUEBAS CRUZADAS, RASTREO DE ANTIGUERPOR Y HEMOCLASIFICACION

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.27-12:24:56 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOCLASIFICACION
GRUPO O RH POSITIVO
NEGATIVO PARA DETECCION DE ANTICUERPOS IRREGULARES CI RAI PAI EAI
PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR 1
UNIDAD 155769
UNIDAD 1 COMPATIBLE
SELLO DE CALIDAD 84628
FECHA DE CADUCIDAD 27/06/2024
ID DEL DONANTE: 107513736

*** FECHA: 24.06.27-12:42:55 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
*** NOTA RETROSPECTIVA DE TRANSFUSION DE HEMODRIVADOS ***
SIENDO LAS 12+35 SE INICIA TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS
TIPO / RH: O POSITIVO
FECHA DE EXTRACCION: 16/05/2024
FECHA DE VENCIMIENTO: 27/06/2024
VOLUMEN: 281 ML.
SELLO DE CALIDAD: 84628
SIGNOS VITALES: TA. 108/65 MMHG, FC: 90 LPM, FR: 18 RPM, T: 36.3°C SO2: 96%

*** FECHA: 24.06.27-15:56:40 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA HORA:13:15

PACIENTE ESTABLE, TRANQUILA, NO DOLOR AGUDO, NO SIGNOSD E DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN SIGNOS DE REACCIONES TRANFUSIONALES
SIGNOS VITALES: TA: 103/54 FC: 90 FR: 20 SATURACION DE OXIGENO: 97%
TEMPERTURA: 36.7
PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CONTINUAR CON PROCESO DE TRANSFUSION.

*** FECHA: 24.06.27-15:57:41 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA HORA: 13:45

PACIENTE ESTABLE, TRANQUILA, NO DOLOR AGUDO, NO SIGNOSD E DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN SIGNOS DE REACCIONES TRANFUSIONALES
SIGNOS VITALES: TA: 89/50 FC: 85 FR: 18 SATURACION DE OXIGENO: 97%
TEMPERTURA: 36.7
PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CONTINUAR CON PROCESO DE TRANSFUSION.

*** FECHA: 24.06.27-16:00:32 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA HORA: 02:40 PM

PACIENTE ESTABLE, TRANQUILA, NO DOLOR AGUDO, NO SIGNOSD E DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN SIGNOS DE REACCIONES TRANFUSIONALES
SIGNOS VITALES: TA: 115/65 FC: 71 FR: 17 SATURACION DE OXIGENO: 95%
TEMPERTURA: 36.0
PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CIFRAS DE TENSION QUE HAN MEJORADO.
SE DA FINALIZADA LA TRANSFUSION.

*** FECHA: 24.06.27-18:28:17 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA POSTRANFUSIONAL MAÑANA A LAS 6 AM

*** FECHA: 24.06.27-20:38:22 MEDICO: / (DR(A). MPP - MISAEL POBLADOR PEREZ - C.C. 1117500387 - REG. MEDICO: 1117500387 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN FIEBRE, CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO LA VIA ORAL .
OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
SIGNOS VITALES: TA: 115/66 MMHG, FC: 87 LPM, FR: 19 RPM, T: 36 °C, SO2: 98 % AL AMBIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: PULSOS DISTALES PRESENTES, INMOVILIZACCION INGUINO-PEDICA IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO. PALIDEZ GENERALIZADA.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE, SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

*** FECHA: 24.06.28-00:10:14 MEDICO: / (DR(A). MPP - MISAEL POBLADOR PEREZ - C.C. 1117500387 - REG. MEDICO: 1117500387 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 129/73 MMHG, FR: 19 RPM, T: 36.1 °C, FC: 82 LPM, SATO2: 96% AL AMBIENTE, GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

*** FECHA: 24.06.28-06:04:17 MEDICO: / (DR(A). MPP - MISAEL POBLADOR PEREZ - C.C. 1117500387 - REG. MEDICO: 1117500387 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

SUBJETIVO: REFIERE PASO BUENA NOCHE, BUENA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO VIA OAL
OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ALERTA HIDRATADO AFEBRIL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SIGNOS VITALES: TA: 122/66 MMHG, FC: 80 LPM, FR: 18 RPM, T: 36.5 °C, SO2: 98 % AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: PULSOS DISTALES PRESENTES, INMOVILIZACCION INGUINO-PEDICA IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO. PALIDEZ GENERALIZADA.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE, SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP SUBC CADA 24 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, 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: 24.06.28-09:50:14 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

SUBJETIVO: BUENA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO VIA OAL
OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ALERTA HIDRATADO AFEBRIL

SIGNOS VITALES: TA: 122/66 MMHG, FC: 80 LPM, FR: 18 RPM, T: 36.5 °C, SO2: 98 % AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: PULSOS DISTALES PRESENTES, INMOVILIZACCION INGUINO-PEDICA IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA VENTILATORIA, EL DÍA DE HOY PROGRMADO PARA EVENTO QUIURGICO, POR LO QUE SE EXPLICAN RIESGO Y BENEFICIOS DE DE INTERVENCIÓN, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV PREQX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.28-09:51:53 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: LEU:8380 NEU: 73.8 % HGB: 11.7 HCT:32.5 PLQ: 252000 (NORMAL)

DE BAJO RIESGO PARA SU ENFERMEDAD GRAVE.

*** FECHA: 24.06.28-14:50:48 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6 TALLA: 168 PESO: 63 IMC: 22

** 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 : PIERNA IZQUIERDA: EDEMA TOLERABLE Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PIERNA IZQUIERDA: FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE TIBIA Y PERONE

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.28-14:50:42 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.28-14:51:25 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6 TALLA: 168 PESO: 63 IMC: 22

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PIERNA IZQUIERDA: EDEMA TOLERABLE Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO

*** FECHA: 24.06.28-16:15:26 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDA A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 3 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 60 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.28-17:34:56 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): DANIELA PEÑA

HORA INICIAL/FINAL: 16:30 / 17:00 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 18624
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIDEA TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
PROXIMAL EN PIERNA IZQUIERDA TRANSTENDON PATELAR Y DOS INCISIONES DE 1 CM UNA PROXIMAL Y UNA DISTAL MEDIAL PARA PERNOS.

HALLAZGOS :
FRACTURA DE TIBIA Y PERONE CON EDEMA TOLERABLE

DESCRIPCION QUIRURGICA :
PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO BAJO ANESTESIA RAQUIDEA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA E ISODINE SOLUCION CON PACIENTE EN DE CUBITO DORSAL PREVIA COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES, SE PRACTICO POR VIA PROXIMAL EN PIERNA SUPRATUBEROSITARIA TRANSTENDON PATELAR EN TIBIA PROXIMAL CANALIZACION DEL CANAL MEDULAR DE LA TIBIA, SE PRACTICA REDUCCION DE LA FRACTURA ENSEGUIDA SE RIMA EL CANAL MEDULAR HASTA 10 MM . Y LUEGO SE INSERTA CLAVO INTRAMEDULAR DE TIBIA MULTIBLOQUEO CON ARCO DE INSERCION SI SE VERIFICA LA POSICION DEL CLAVO Y SU LONGITUD CON ARCO EN C AP Y LATERAL, QUEDANDO ESTE CORTO POR LO QUE SE IMPACTA 10MM MAS Y SE CONTROLA NUEVAMENTE CON ARCO EN C EN AP Y LATERAL.. ENSEGUIDA SE BLOQUEA EL CLAVO BAJO VISION EN ARCO EN C CON UN TORNILLO DE BLOQUEO INTRAMEDULAR TIBIA 4.5MM X 35MM CON OTRO TORNILLO DE BLOQUEO INTRAMEDULAR TIBIA ACERO 4.5MM X 50MM . (CASA COMERCIAL TRAUMASUR) SE LAVAN EXAHUSTIVAMENTE LAS HERIDAS Y SE CIERRAN HERIDAS CON VICRYL EN PLANOS PROFUNDOS Y PROLENE 2/0 EN PIEL. LUEGO SE PRACTICA REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DEL PERONE IZQUIERDO Y SEVERIFICA LA REDUCCION DEL MISMO CON ARCO EN C. SE CUBREN HERIDAS CON GASAS CON ISODINE Y SE VENDA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO. NO COMPLICACIONES ,
SANGRADO 150 ML.
SE USO ARCO EN C 8 DISPAROS

*** FECHA: 24.06.28-17:36:59 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

** ANALISIS PLAN:
PLAN
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.28-17:36:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.28-22:15:09 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
RETORNO DE SALAS DE CX A HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)
2 - POP REDUCCION ABIERTA + OST DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO (28/06/24)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

S:ESTOY BIEN, DOLOR MODULADO
O:TA: 115/60 MMHG, FC: 72 LPM, FR: 18 RPM, T: 36.8 °C, SO2: 98 % AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: PULSOS DISTALES PRESENTES, MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON HERIDA QX CUBIERTA CON VENDAJES ELASTICOS Y APOSITOS. BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PIEL: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO.

ANALISIS
EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA FAVORABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, HERIDA CUBIERTA EN BUEN ESTADO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

***** FECHA: 24.06.29-00:28:57 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA FAVORABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, HERIDA CUBIERTA EN BUEN ESTADO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.06.29-06:48:49 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVIUCIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)
2 - POP REDUCCION ABIERTA + OST DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO (28/06/24)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

S: ANOCHE ESTABA CON MUCHO DOLOR
O:TA: 105/65 MMHG, FC: 70 LPM, FR: 18 RPM, T: 36.8 °C, SO2: 98 % AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
EXTREMIDADES: PULSOS DISTALES PRESENTES, MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON HERIDA QX CUBIERTA CON VENDAJES ELASTICOS Y APOSITOS. BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO.

ANALISIS
PACIENTE CON EVOLUCION POSTQUIRURGICA FAVORABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, HERIDA CUBIERTA EN BUEN ESTADO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

*** FECHA: 24.06.29-11:04:41 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO
2- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DERMOABRASION EN AREA GENERAL (25/06/2024)
2 - POP REDUCCION ABIERTA + OST DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO (28/06/24)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. FUM: 04/06/2024.

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADA, HIDRATADS, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/110/60; FC/74 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.1 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON HERIDA QX CUBIERTA CON VENDAJES ELASTICOS Y APOSITOS. BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
PIEL/ ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN GLUTEOS, PIERNA Y TOBILLO DERECHO.
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS
PACIENTE CON DIGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, SE CONSIDERA ADECUADA EVOLUCION POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON ORDENES MEDICAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** CONDUCTA:
SALIDA

** MEDICAMENTOS:
CEFALEXINA (ANTIBIOTICO) TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20 TAB, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER
ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20

** INCAPACIDADES:
30 DIAS DESDE EL INGRESO

** OTROS:
***RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

1. DEAMBULAR CON MULETAS AXILARES.
2. NO APOYAR CON EL MIEMBRO INFERIOR OPERADO, DE HACERLO, PUEDE DAÑAR LA CIRUGÍA.
3. MOVER RODILLA Y TOBILLO.
4. SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGÉSICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFÉN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ÚLTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
5. EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENTOS, FIEBRE, MAL OLOR DE LA HERIDA, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
6. SI TIENE ABRASIONES (RASPONES), REALICE CURACIONES CON MERCURIO CROMO O RIFOCINA POR 5 DÍAS, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMENDRAS). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRICES.
7. TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
8. NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL CON EL ESPECIALISTA. PARA EVITAR ESTO, SE RECOMIENDA, UTILIZAR UNA BOLSA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
9. MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIÓTICO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.
10. SE ENTREGA FOLLETO DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA INSTITUCIONAL AL PACIENTE.

** ORDENES MEDICAS:
SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA (ORTOPEDIA).
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 PM.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.29-11:06:18 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64830

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA

DOC.IDENT:	TI 1079177245	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	2007.09.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3115098148
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADO, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA,VALORADO POR SERVICIO TRATANTE, QUIEN POR ADECUADA EVOLUCION CLINICA, DECIDE DAR SALIDA CON ORDENES DE EGRESO, POR LO QUE SE CIERRA HISTORIA CLINICA.

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.29-11:05:33 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2024.06.25 FIN: 2024.07.24

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S824 - FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE		

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. 4.921.582
R.M. No. 12462-42

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18624

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182191 Fecha 28/06/24

Nombre Paciente: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA 1079177245 Edad: 16 Sexo: F

Hora inicio 16:30 Hora fin: 17:00 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: RAQUIDEA

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionDANIELA PEÑA

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S827-FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDOS	1. S827-FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
13580	OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE	FGR	1 - 1i Interv 100%
13561	REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION:
PROXIMAL EN PIERNA IZQUIERDA TRANSTENDON PATELAR Y DOS INCISIONES DE 1 CM UNA PROXIMAL Y UNA DISTAL MEDIAL PARA PERNOS.

HALLAZGOS :
FRACTURA DE TIBIA Y PERONE CON EDEMA TOLERABLE

DESCRIPCION QUIRURGICA :
PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO BAJO ANESTESIA RAQUIDEA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA E ISODINE SOLUCION CON PACIENTE EN DE CUBITO DORSAL PREVIA COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES, SE PRACTICO POR VIA PROXIMAL EN PIERNA SUPRATUBEROSITARIA TRANSTENDON PATELAR EN TIBIA PROXIMAL CANALIZACION DEL CANAL MEDULAR DE LA TIBIA, SE PRACTICA REDUCCION DE LA FRACTURA ENSEGUIDA SE RIMA EL CANAL MEDULAR HASTA 10 MM . Y LUEGO SE INSERTA CLAVO INTRAMEDULAR DE TIBIA MULTIBLOQUEO CON ARCO DE INSERCION SI SE VERIFICA LA POSICION DEL CLAVO Y SU LONGITUD CON ARCO EN C AP Y LATERAL, QUEDANDO ESTE CORTO POR LO QUE SE IMPACTA 10MM MAS Y SE CONTROLA NUEVAMENTE CON ARCO EN C EN AP Y LATERAL.. ENSEGUIDA SE BLOQUEA EL CLAVO BAJO VISION EN ARCO EN C CON UN TORNILLO DE BLOQUEO INTRAMEDULAR TIBIA 4.5MM X 35MM CON OTRO TORNILLO DE BLOQUEO INTRAMEDULAR TIBIA ACERO 4.5MM X 50MM . (CASA COMERCIAL TRAUMASUR) SE LAVAN EXAHUSTIVAMENTE LAS HERIDAS Y SE CIERRAN HERIDAS CON VICRYL EN PLANOS PROFUNDOS Y PROLENE 2/0 EN PIEL. LUEGO SE PRACTICA REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DEL PERONE IZQUIERDO Y SEVERIFICA LA REDUCCION DEL MISMO CON ARCO EN C. SE CUBREN HERIDAS CON GASAS CON ISODINE Y SE VENDA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO. NO COMPLICACIONES ,
SANGRADO 150 ML.
SE USO ARCO EN C 8 DISPAROS

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX PIERNA IZQUIERDA
Intensificador de Imagen
SE USO ARCO EN C 8DISPAROS EN PIERNA IZQUIERDA PARA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICCION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18624

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182191 Fecha 28/06/24

Nombre Paciente: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA 1079177245 Edad: 16 Sexo: F

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

RX PIERNA IZQUIERDA

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 8DISPAROS EN PIERNA IZQUIERDA PARA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICCION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1079177245

ADMISION N_: 182191

NOMBRE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **Num. Id-:** TI 1079177245
FECHA NACIMIENTO: 2007.09.21 **EDAD:** 16 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.28 **HORA DE INGRESO:** 14:50:48 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.28 14:50
DIRECCION: VEREDA LA VEGA **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3115098148
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ASTRID JOHANNA MONTENEGRO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.06.28

<< REGISTRO: 14:50:48 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

--><<2024.06.25-03:34:41>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL) H.U. 181917
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.06.25-14:24:18>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.POSQX: 181961
NO REFIERE

--><<2024.06.25-14:27:18>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 181961
NO REFIERE

--><<2024.06.25-14:59:30>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 181961

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1079177245

ADMISION N_: 182191

NOMBRE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **Num. Id-:** TI 1079177245

FECHA NACIMIENTO: 2007.09.21 **EDAD:** 16 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.06.28 **HORA DE INGRESO:** 14:50:48 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.28 14:50

DIRECCION: VEREDA LA VEGA **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3115098148

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ASTRID JOHANNA MONTENEGRO

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:50:48 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

NUEVO

--><<2024.06.25-16:48:13>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 181978

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.06.28-14:50:49>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 182191

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24 DE JUNIO DEL 2024, REMITIDO DE CAMPOALEGRE-HUILA

OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO EL DIA 28 DE JUNIOD EL 2024

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 110/70 **FC:** 72 **FR:** 20 **Tmp:** 36.6 **PESO:** 63 **TALLA:** 168

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 : PIERNA IZQUIERDA: EDEMA TOLERABLE Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S827 FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

ANALISIS/PLAN

PLAN

OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.28-14:50:42 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1079177245

ADMISION N_: 182191

NOMBRE: TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **Num. Id-:** TI 1079177245

FECHA NACIMIENTO: 2007.09.21 **EDAD:** 16 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.06.28 **HORA DE INGRESO:** 14:50:48 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.28 14:50

DIRECCION: VEREDA LA VEGA **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3115098148

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ASTRID JOHANNA MONTENEGRO

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX DE PIERNA IZQUIERDA: FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE TIBIA Y PERONE

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2024.06.28 **HORA DE EGRESO:** 14:50:42 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.251.582
R.M. No. 12462-82

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Arcila	Montoya	Nicolás David	109171

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
28 6 24	16	M	185	63	1 2 3 4 5 U

SERVICIO: Us — 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.DIR.	PRO.TOT.	ALBUM				TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fx de Tibia y Peroné izquierda + fractura de Pilón

OPERACION PROPUESTA: Artrodesis de tobillo

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

ESPECIFICO

FACILIDAD INT: SI — NO — VIA AEREA: N — DIENTES: N — CUELLO: N

IOT: SI — NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Rx: Infección

RESUMEN Y PLAN: Monitoria estándar, anestesia raquídea — Rx

TIPO: BLOQUEO / PERIDURAL / ESPINAL / GENERAL

NECESITA SANGRE: NO c.c. — PREMEDICACION: NO

ESTADO PSICOLOGO: Adecuado

FIRMA:

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Cx

REPARACION: E / A / C

42	160
40	17
38	160
36	15
34	140
32	13
30	120
28	11
26	100
	9
	80
	7
	60
	5
	40
	3
	20
	1

HORA: 16:30

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA: —

REFLEJOS: +

MOTILIDAD: +

RECUPERACION: OK

CONCIENCIA: OK

DIURESIS: OK

SENSIBILIDAD: OK

PIEL: Normal

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS: Injerto: uso de sol de ropivacaina hasta anestesia raquídea se explica

TOTALES			
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejoría

FIRMA:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.R. ( ) 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 AGUJ

POSICION

REPARACION E A C

CCSC ____ CSA ____ CCC ____

°C 42 40 38 36 34 32 30 28 26

PULSO 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL ____ C.C. ____ C.C.

TOTALES 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

TRAUMASUR
TIENDA DE LA SALUD S.A.S.
30 años
Nit 900.576.732-1

Resposabilidades Tributarias
Regimen: Responsables de IVA
Actividad CIIU: 4773
No somos Autorretenedores
Email: Contabilidad@traumasur.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nº FEEN 6536

Factura Ibagué

Adquiriente	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	Fecha	Forma y metodo de pago
Identific.	NIT 800110181-9 Tels:8756349	Jul-04-2024	CREDITO CUENTAS X COBRAR CLIENTES
Direccion	CALLE 18 N. 6-65 BRR QUIRINAL Neiva - Huila	Vencimiento	Vendedor
		Oct-04-2024	GUZMAN HERMIDA -

REF.	DETALLE	%IVA	CANT.	VR/UNIT	VR/TOTAL
63210009330	CLAVO INTRAMEDULAR DE TIBIA MULTIBLOQUEO CON ARCO DE INSERCIÓN SI ACERO 9*330		1.00	1,877,600.00	1,877,600.00
62320045035	TORNILLO DE BLOQ INTRAMEDULAR TIBIA 4.5MM X 35MM EN ACERO		1.00	142,350.00	142,350.00
62320045050	TORNILLO DE BLOQ INTRAMEDULAR TIBIA ACERO 4.5MM X 50MM EN ACERO		1.00	142,350.00	142,350.00

OBSERVACIONES: *FECHA DE CX 28/06/2024*
PCTE: NICOLLE TRUJILLO MONTENEGRO
CC1079177245

Representación grafica Factura electrónica de venta. Fabricante software y proveedor tecnológico: SYSCAFE S.A.S. Nit: 900083058 Software: SYSCAFE. Habilitación DIAN No.18764072516017 de Jun-07-2024 Vigencia: 12 meses Vence: Jun-07-2025 Rango: FEEN 6306-10000

Tarifas de impuestos	Base	Impuesto
IVA 0.00%	2,162,300	0

SubTot.	2,162,300.00
(-) Descuento	
TOTAL$	2,162,300.00

Son: DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS mcte.

La presente factura se asimila en sus efectos a una letra de cambio según ART 621. s.s 772,773,774 y S.S del código de comercio.

Transcurridos 5 (cinco) días después de recibida la factura no hemos tenido ninguna observación de su parte, se entenderá irrevocablemente aceptada. Después de vencida la factura se generará intereses de mora a la tasa máxima permitida por ley.

Favor consignar a las siguientes cuentas.
Banco DAVIVIENDA Cta ahorros 167770054127
Banco de BOGOTÁ Cta corriente 309004208

Recibí conforme y acepto deuda

A NOMBRE DE TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S.A.S NIT 900576732-1

TRAUMASUR TIENDA LA SALUD | ACEPTADA | Nombre: Nit/C.C: Fecha:

IBAGUÉ
Calle 60 No. 6A-25
B. Limonar
Tels: (608) 265 9919
264 5744
322 365 1781

IBAGUÉ
Calle 33 No. 4A-49
B. La Francia
Tel: (608) 272 2588
323 438 0013

NEIVA
Calle 11 No. 7-39 Centro,
Edif. Fenalco, local 110
Tels: (608) 864 1198
310 768 5957
310 560 3204

PITALITO
Carrera 2 No. 2 Sur 40
Tels: (608) 836 9645
310 768 5961

PEREIRA
Calle 24 No. 5-46
B. Lago Uribe
Tels: (606) 346 7042
312 332 6129

CUFE: fcc805250c5674d1453e1f6e7b84814dc9503f93d529895ddc7a98bde216273d7b08caf0608d3a2fb99fb5ee8227fbf4
Fecha generación: 2024-07-04T15:11:00 Fecha expedición: 2024-07-04T15:32:25 Elaboró: LEONARDO GUZMAN Pág: 1/1

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,29-Jul-2024 11:54:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) | TIPO CONTRATO | ANEXO1 | VIA INGRESO AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS | EVENTO | MOTIVO 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN | REGIMEN | EDAD | ANEXO2: | Fecha Ingreso: 2024.06.2 13:00

001 0 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 16 Años | Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE | ESTRATO: | MUNICIPIO | DIRECCION | TELEFONO

1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE | 1 NIVEL I | CAMPOALEGRE | VEREDA LA VEGA | 3115098148

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.28	ROP	PESADO	BUPIROP 0,5% PESADO AMP	LLR	1.00
2024.06.28	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2024.06.28	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	4.00
2024.06.28	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2024.06.28	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LLR	1.00
2024.06.28	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LLR	1.00
2024.06.28	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2024.06.28	BRA	SPINOCAN	SPINOCAN G 26-X 3 1/2" 88 MM-BRAUN	LLR	1.00
2024.06.28	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LLR	3.00
2024.06.28	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LLR	3.00
2024.06.28	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	3.00
2024.06.28	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	3.00
2024.06.28	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LLR	1.00
2024.06.28	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LLR	2.00
2024.06.28	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	8.00
2024.06.28	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2024.06.28	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2024.06.28	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	4.00
2024.06.28	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LLR	4.00
2024.06.28	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	4.00
2024.06.28	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LLR	4.00

PACIENTE: 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA LA VEGA **TELEFONO:** 3115098148

ENTIDAD: AT150I LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63850 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.24 **Nº POLIZA:** 8122629100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 25 de junio de 2024						
16:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
16:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFV1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFV1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFV1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFV1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1	
22:00:00	ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML	1.00	SUBCUTANEA	NOCHE	MFV1	

TOTAL SUMINISTRADO: 18.00

FECHA DEL CONTROL : miércoles, 26 de junio de 2024						
00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	HAC1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
14:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DIS1	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	

26

PACIENTE: 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA LA VEGA **TELEFONO:** 3115098148

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63850 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.24 **Nº POLIZA:** 8122629100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
16:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
16:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	GOR1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	GOR1	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	GOR1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	GOR1	
22:00:00	ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML	1.00	SUBCUTANEA	NOCHE	GOR1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	GOR1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	GOR1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	GOR1	

TOTAL SUMINISTRADO: 48.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 27 de junio de 2024

00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFV1
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFV1
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFV1
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFV1
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFV1
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFV1
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	GOR1
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	GOR1
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	GOR1
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	GOR1
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1
14:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	GOR1
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	GOR1
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	GOR1
16:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1
16:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1

25

PACIENTE: 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA LA VEGA **TELEFONO:** 3115098148

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63850 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.24 **Nº POLIZA:** 8122629100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	DIS1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DIS1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
22:00:00	ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML	1.00	SUBCUTANEA	NOCHE	DIS1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DIS1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 48.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 28 de junio de 2024

00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	GOR1
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	GOR1
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	GOR1
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	GOR1
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	GOR1
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	GOR1
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	GOR1
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1
14:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFV1
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1

24

PACIENTE: 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA LA VEGA **TELEFONO:** 3115098148

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63850 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.24 **Nº POLIZA:** 8122629100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO

TOTAL SUMINISTRADO: 35.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 29 de junio de 2024

00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DANI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clinico Especializado

202406270015

TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA — **202406270015**

Documento : 1107917745
F. Nacimiento : 2008-06-25
Dirección :
EPS

Género : Femenino
Edad : 16 Años
Teléfono :

Sede
Entidad : CLINICA DE FRACTURAS
Municipio
Servicio : HOSPITALIZACION
F. Ingreso : 2024-06-27 08:10:29 am
F. Impreso : 2024-06-27 09:13:41 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	5.08	x 10^3/ul	3.50 - 5.50
Recuento de Globulos Rojos	2.28	x 10^6/ul	11.0 - 15.0
Hemoglobina	7.3	g/dl	36.0 - 48.0
Hematocrito	20.5	%	80.0 - 99.0
Volumen Corpuscular Medio	89.8	fl.	26.0 - 32.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.9	pg	32.0 - 36.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.5	g/dl	150 - 450
Recuento de Plaquetas	152	x 10^3/ul	50.0 - 70.0
Neutrofilos %	62.9	%	20.0 - 40.0
Linfocitos %	25.5	%	1.0 - 8.0
Monocitos %	6.9	%	3.00 - 7.00
Eosinofilos %	4.50	%	0.00 - 1.00
Basofilos %	0.20	%	2.00 - 7.80
Neutrofilos #	3.20	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Linfocitos #	1.29	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Monocitos #	0.35	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Eosinofilos #	0.23	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul	7.4 - 10.4
Volumen Plaquetario Medio	8.8	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.6	fL	11.5 - 14.5
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.4	%	
PDW	16.0		
PCT	0.152	%	

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	15.00	mg/dl	7.00 - 17.00
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.5	mg/dl	0.5 - 1.0

02

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406270015

TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA 202406270015

Documento : TI1079177245
F. Nacimiento : 2008-06-25
Dirección :
EPS

Género : Femenino
Edad : 16 Años
Teléfono :

Sede
Entidad : CLINICA DE FRACTURAS
Municipio

Servicio : HOSPITALIZACION

F. Ingreso : 2024-06-27 08:10:29 am F. Impreso : 2024-06-27 09:13:41 am

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	14.60	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	25.90	seg	22.00 - 38.00
INR.	1.13		

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

MARIA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406270034

TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA 202406270034

Documento	: 1010917745	**Género**	: Femenino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2008-06-25	**Edad**	: 16 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-06-27 10:28:24 am	**F. Impreso** : 2024-06-27 12:07:25 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH.			
GRUPO O	RH POSITIVO		
ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION CRAIPAIEAI POR MICROTECN.			
NEGATIVO PARA:	CELULAS I y II.		
PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR 1.			

NUMERO DE LA UNIDAD:155769

BANCO DE SANGRE: FUNDACION HEMOCENTRO NACIONAL.

UNIDAD N°1	COMPATIBLE
INFORMACION DE LA UNIDAD	A TRANSFUNDIR
TIPO DE HEMOCOMPONENTE:	GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS
SELLO DE CALIDAD	84628
GRUPO SANGUINEO Y RH	GRUPO O RH POSITIVO
FECHA DE CADUCIDAD:	27/06/2024
IDENTIFICACION DEL DONANTE:	1075313736

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

MARIA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clinico Especializado

202406280001

TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA 202406280001

Documento : TI1079177245
F. Nacimiento : 2008-06-25
Dirección :
EPS

Género : Femenino
Edad : 16 Años
Teléfono :

Sede
Entidad : CLINICA DE FRACTURAS
Municipio

Servicio : URGENCIA

F. Ingreso : 2024-06-28 05:48:50 am F. Impreso : 2024-06-28 06:02:29 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	8.38	x 10^3/ul	3.50 - 5.50
Recuento de Globulos Rojos	3.92	x 10^6/ul	11.0 - 15.0
Hemoglobina	11.7	g/dl	36.0 - 48.0
Hematocrito	32.5	%	80.0 - 99.0
Volumen Corpuscular Medio	83.0	fL	26.0 - 32.0
Hemoglobina Corpuscular Media	29.8	pg	32.0 - 36.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.9	g/dl	150 - 450
Recuento de Plaquetas	252	x 10^3/ul	50.0 - 70.0
Neutrofilos %	73.8	%	20.0 - 40.0
Linfocitos %	15.4	%	1.0 - 8.0
Monocitos %	4.1	%	3.00 - 7.00
Eosinofilos %	6.60	%	0.00 - 1.00
Basofilos %	0.10	%	2.00 - 7.80
Neutrofilos #	6.19	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Linfocitos #	1.29	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Monocitos #	0.33	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Eosinofilos #	0.56	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul	7.4 - 10.4
Volumen Plaquetario Medio	7.8	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	40.3	fL	11.5 - 14.5
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.6	%	
PDW	15.3		
PCT	0.197	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
NIT: 900.422.862-8
Calle 18 No. 6 – 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE** y **MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. **900.422.862-8**, certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT No. **800.110.181-9** se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022, 2023 y de los meses de ENERO, a JUNIO de 2024, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los cuatro (04) días del mes de julio de 2024.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

C.C. No. 36309066 NEIVA
Contador Público
T.P. No.123297-T

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
d6889d2309d10fce21c349fb55bff40f8083f0f957d59622bff34688af34a811e3ffd261f94750809a8a4f14c441d91f

Número de Factura: FE-10679
Fecha de Emisión: 04/07/2024
Fecha de Vencimiento: 03/08/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691
País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramireza@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	NIU	1,00	$ 13.738.410,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 13.738.410,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JUNIO DE 2024 (21-30)
Linea de negocio:

500

16

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-07-04 10:29:27
Documento generado el: 2024-07-04 10:29:26
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	13.288.450,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total antes de factura	13.288.450,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuestos (=)	0,00
Total neto factura (=)	13.288.450,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	13.288.450,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
NIT 800110181
DEBE A:
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ
NIT 900422862-8
LA SUMA DE TRECE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS MCTE ($13,738,410)
POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 21 AL 30 DE 2024

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
MARCOS REYES FIERRO										
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
MARCOS REYES FIERRO										
202406220030	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406220030	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 69,700
202406220030	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	ERITROSEDIMENTACION VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG AUT	$ 7,900
202406220030	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JORGE IVAN LOSADA RIOS										
202406210002	CLINICA DE FRACTURAS	1077235108	JORGE	IVAN	LOSADA	RIOS	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406210002	CLINICA DE FRACTURAS	1077235108	JORGE	IVAN	LOSADA	RIOS	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900

24

202406240090	CLINICA DE FRACTURAS	36303326	ADRIANA	MARIA	ZULETA	POLANCO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406240090	CLINICA DE FRACTURAS	36303326	ADRIANA	MARIA	ZULETA	POLANCO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406240090	CLINICA DE FRACTURAS	36303326	ADRIANA	MARIA	ZULETA	POLANCO	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DANIEL FELIPE SOLORZANO PERALTA										
202406240091	CLINICA DE FRACTURAS	1076505982	DANIEL	FELIPE	SOLORZANO	PERALTA	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406240091	CLINICA DE FRACTURAS	1076505982	DANIEL	FELIPE	SOLORZANO	PERALTA	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406240091	CLINICA DE FRACTURAS	1076505982	DANIEL	FELIPE	SOLORZANO	PERALTA	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JOSE ALEXANDER GUTIERREZ SANCHEZ										
202406240092	CLINICA DE FRACTURAS	79222773	JOSE	ALEXANDER	GUTIERREZ	SANCHEZ	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406240092	CLINICA DE FRACTURAS	79222773	JOSE	ALEXANDER	GUTIERREZ	SANCHEZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406240092	CLINICA DE FRACTURAS	79222773	JOSE	ALEXANDER	GUTIERREZ	SANCHEZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO										
202406250001	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406250001	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406250001	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO										
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO										

202406270034	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	$ 43,800
202406270034	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION CI RAI PAI EAI POR MICROTECN	$ 54,600
202406270034	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR 1	$ 58,800
NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO										
202406280001	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	Hemograma IV	$ 34,300
ROSABELH RODRIGUEZ QUITORA										
202406250002	CLINICA DE FRACTURAS	26585218	ROSABELH		RODRIGUEZ	QUITORA	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406250002	CLINICA DE FRACTURAS	26585218	ROSABELH		RODRIGUEZ	QUITORA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406250002	CLINICA DE FRACTURAS	26585218	ROSABELH		RODRIGUEZ	QUITORA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406250002	CLINICA DE FRACTURAS	26585218	ROSABELH		RODRIGUEZ	QUITORA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
YANETH MONTEALEGRE										
202406250004	CLINICA DE FRACTURAS	1004416058	YANETH		MONTEALEGRE		CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406250004	CLINICA DE FRACTURAS	1004416058	YANETH		MONTEALEGRE		CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406250004	CLINICA DE FRACTURAS	1004416058	YANETH		MONTEALEGRE		CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406250004	CLINICA DE FRACTURAS	1004416058	YANETH		MONTEALEGRE		CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406250004	CLINICA DE FRACTURAS	1004416058	YANETH		MONTEALEGRE		CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406250004	CLINICA DE FRACTURAS	1004416058	YANETH		MONTEALEGRE		CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JHONATAN PERALTA BAQUERO										
202406250011	CLINICA DE FRACTURAS	1117496073	JHONATAN		PERALTA	BAQUERO	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406250011	CLINICA DE FRACTURAS	1117496073	JHONATAN		PERALTA	BAQUERO	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406250011	CLINICA DE FRACTURAS	1117496073	JHONATAN		PERALTA	BAQUERO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300

13

504

12

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA ELABORACION: 2024/06/27

ADMISION N_: . 181978

NOMBRE DEL PACIENTE:	T	**No. HISTORIA CLINICA:**	TI 1079177245
SERVICIO	HOSPITALIZACION	**ENTIDAD**	LA EQUIDAD SEGUROS

MEDICO QUE ORDENA EL PROCEDIMIENTO MJJ JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

DATOS DE LOS COMPONENTES REQUERIDOS PARA TRANSFUSIONES

COMP	INICIO DE TRANSF		No. SELLO DE CALIDAD	IDENTIFICACION DE LA UNIDAD	FECHA DE VENCIMI DE LA UNIDAD	GRUPO SANGUINEO DE LA UNIDAD	SIGNOS INICIO			DURANTE TRANSF		SIGNOS DURANTE			FINAL DE TRANSF		SIGNOS FINAL			VOLUMEN HEMOCOMPONENTES TRANSF	ENFERMER(A) RESPONSABLE
	FECHA	HORA					PA	PULS.	TEMP C	FECHA	HORA	PA	PULS.	TEMP C	FECHA	HORA	PA	PULS.	TEMP C		
GLO. ROJ	2024.06.27	12:35	84628	0	2024.06.27	O+	108/65	90	36.06	2024.06.27	12:35	108/65	90	36.06	2024.06.27	14:40	108/66	90	36.06	281	GOR1

PACIENTE QUE DURANTE LA TRANSFUSION SANGUINEA PRESENTO UNA LEVE HIPOTENSION POR LO CUAL SU GOTEO AL TRASNFUNDIR FUE MAS LENTO, PERO TERMINA TRANSFISION

OBSERVACIONES SANGUINEA SIN COMPLICACIONES

SUPERVISOR

JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

MEDICO QUE SUPERVISA LA APLICACION DE LA TRANSFUSION

REACCIONES ADVERSAS

EVENTO	SI	NO	EVENTO	SI	NO	*¿CUÁL?
FEBRIL		X	ANAFILAXIA		X	
UTICARIA		X	OTRO ¿*?		X	

*En caso de presentarse alguna reacción, suspender la transfusión, realizar el registro correspondiente y consulte al medico de forma inmediata

N Bolsa: 155769 N Sello: 84628
Grupo sanguíneo de la unidad: "O" POSITIVO
Componente: GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS
Nombre y apellido: NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTEALEGRE
Documento de identidad: 1079177245
Grupo sanguíneo del receptor: "O" POSITIVO
Fecha: 27 JUNIO 2024 Prueba cruzada compatible: SI
Servicio Hospitalización
Banco de sangre (Bogotá)
Firma Grace Paola Molina C.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.07.29
HORA:	11:58:46
PAGINA No:	1

Numero: 90946 Fecha Ex. 28/06/24 Hora 15:05
Nombre Paciente: 1079177245 TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA
Dirección: VEREDA LA VEGA Telefono:3115098148 Edad:16 A Sexo:F
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA 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 fractura del tercio medio de tibia y peroné satisfactoriamente alineada la fractura tibial se advierte fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (clavo intramedular y tornillos).

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

REFERENCIA N° 11493 Folio HC N° 16 Pagina 1/2

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No 09

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTE

INFORMACION DEL PRESTADOR

FECHA Y HORA 24/06/2024 11:54:36 p. m.

Nombre: ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE NIT: 891180039 DV: 0

Codigo: 411320047701 Dirección Prestador: Cra 9 N9 32-50 Km 1 Via a neiva

Teléfono: 8-8380030 Departament HUILA 41 Municipio: campoalegre 132

o:

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
TRUJILLO	MONTENEGRO	NICOLLE	DANIELA

Tipo de documento de identificacion: Tarjeta_de_Identidad **Numero del documento de Identificación:** 1079177245

Fecha de Nacimiento: 21/09/2007 **Edad:** 16 Años / 9 Meses / 4 Dias

Direccion de residencia habitual: CALLE 27 N 11 26 **Telefono:** 3133890718

Departamento: HUILA 41 **Municipio:** CAMPOALEGRE 132

Entidad Responsable del Pago: LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT **Nivel:** OTROS **CODIGO** AT1429

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
No Tiene			No Tiene

Direccion de residencia habitual: **Telefono:**

Tipo de documento de identificacion: Cédula_Ciudadanía **Numero del documento de Identificación:**

Municipio del Responsable 41132

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: DAYANA MARIA PABON PACHECO **Telefono:** 8 - 8380030

Servicio que solicita la Referencia: URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS **Celular:** 3178934013

Serviciopara el cual se solicita la Referencia: Urgencias

ANAMNESIS

Motivo Consulta: Motivo de Consulta:
ACCIDENTE DE TRANSITO.

Evolucion Médica:
FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE DESDE LA LOCALIDAD, TRAIDA EN AMBULANCIA INSTITUCIONAL, QUIEN NIEGA ENFERMEDAD DE BASE O ALERGIAS, ACUDE REFIRIENDO QUE HACE APROX 15 MINUTOS, IBA DE PASAJERA, EN UNA MOTOCICLETA, REFIRE EL CONDUCTOR INTENTO LEVANTAR LA MOTO EN LA LLANTA DE ATRAS, PERDIÓ ESTABILIDAD Y CONTROL DE ESTA, A LA ALTURA DE LA CRA 12 CON 19, DESDE ENTONCES SIENTE -DOLOR EN PIERNA IZDA, Y ARDOR EN GLUTEO. (ANAMNESIS HECHA CON BASE EN LO REFERIDO PÓR PTE A SU INGRESO – NO ME HAGO RESPONSABLE DE VERSIONES FUTURAS).

Enfermedad Actual:

Antecedentes:

Examen Físico: Examen Fisico:
NORMOCEFALO, SIN HERIDAS NI DEPRESIONES EN CABEZA, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, AMIGDALAS ROSADAS, CONDUCTOS AUDITIVOS SIN ALTERACIONES CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS, TORAX SIMETRICO,EXPANSIBLE, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN PERISTALSIS POSITIVA, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, MURPHY, BLUMBERG, ROVSING, PSOAS, MC. BURNEY Y PB TALÓN NEGATIVOS, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES : HOMBRO IZDO, RODILLAS, PIERNAS IFNERIORES, Y PIE IZDO CON ABRASIONES, TERCIO DISTAL PEIRNA INFERIOR IZDA CON EDEMA MARCADO Y DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL, RESTO EXTREMIDADES SIN EDEMA, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG. DROSOLUMBAR SIN ALTERACION APARENTE, SNC SIN ALTERACION APARENTEGLASGOW 15/15, PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO; LENGUAJE FLUENTE, COMPRENDE LO PREGUNTADO, JUICIO Y RAZOCINIO CONSERVADOS; SIN ASIMETRIA EN PUPILAS, FONDO DE OJO NORMAL, MIRADA PRIMARIA CENTRAL, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, SENSIBILIDAD Y SIMETRIA FACIAL, NO ALTERACION DE PARES CRANEALES; FUERZA MUSCULAR EN EXTREMIDADES CONSERVADA; SENSIBILIDAD SUPERFICIAL, PROFUNDA Y CORTICAL CONSERVADAS; NO ALTERACION DE COORDINACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION MEMNINGEA; MARCHA SIN ALTERACION.PIEL ABREASINES EN GLUTEO DERECHO QUE SZE EXTIENDE A TERCIO PROXIMAL POST DE MUSLO, ABRASIONES EN EXTREMIDADES. *SE EXAMINA PTE CON EPP: OMS*

Cabeza y Cuello:
Asintomático
Organos de los sentidos:
Asintomático
Cardio Pulmonar:
Asintomático
Abdominal:
Asintomático
Genitourinario:
Asintomático
Osteomuscular:
Asintomático
Piel y Anexos:
Asintomático

Signos Vitales: FC: 0 x Min | FR: 0 x Min | GlasGow: 0 /0 | TC: 0,0000 | Peso: 0,0000

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uterina ☐ Actividad Uterina Regular ☐ Aminorea ☐ Ruptura d

Tiempo Evolución: 0 min **TV Dilatación:** 0 **Borramiento:** 0 **Estación :** 0 ☐ Cefalico

Resultados Exámenes Diagnósticos: **Resultado Tratamiento:** NIEGA

MOTIVO DE REMISION

Motivo Remisión: Falta_Cama_IPS_Remite
Descripción Motivo:

RX PIERNA IZQUIERDA: FRACTURA DESPLAZADA EN TERCIO MEDIAL.

PACIENTE CON POLITRAUMATISMOS POR ACCIDENTE DE TRANSITO, EN EL MOMENTO TRANUQILA, CON FRACTURA DE TIBIA Y PERONE DESPALZADA, QUIENR EQUEIRE ITNERVENCION POR ORTOPEDIA, MOTIVO POR EL QUE DECIDO REMITIR A NIVEL DE MAYOR COMPLEJDIAD, SE INDICA NANALZIAR, E INMOVILIZAR MII.

Nombre IPS:
Municipio: **Nivel:** **Departamento :**
Servicio que Remite: URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS
Servicio Remitido: Urgencias
Resumen H.Clinica:
Fecha Confirmación: **Fecha Salida:**

IMPRESION DIAGNÓSTICA

CÓDIGO	NOMBRE
S417	HERIDAS MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
S817	HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA
S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

C.C. 1081818506 - DAYANA MARIA PABON PACHECO
Registro Medico: 1081818506 - MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL EL ROSARIO DE CAMPOALEGRE] NIT [891180039-0]

8

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

NOTAS ADICIONALES WEB

Nº Historia Clínica:	1079177245				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO		Identificación:	1079177245	Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento:	21/septiembre/2007	Edad Actual: 16 Años - 9 Meses - 3 Días	Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	CALLE 27 N 11 26		Teléfono:	3133890718	
Procedencia:	CAMPOALEGRE		Ocupación:		
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		Régimen:	Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		Nivel - Estrato:	OTROS	
DATOS DEL INGRESO		FOLIO Nº 16	(Fecha: 24/06/2024 11:54 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	831084	Fecha: 24/06/2024 10:05:25 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

DESCRIPCION DE LA NOTA:

RX PIERNA IZQUIERDA: FRACTURA DESPLAZADA EN TERCIO MEDIAL.

PACIENTE CON POLITRAUMATISMOS POR ACCIDENTE DE TRANSITO, EN EL MOMENTO TRANUQILA, CON FRACTURA DE TIBIA Y PERONE DESPALZADA, QUIENR EQUEIRE ITNERVENCION POR ORTOPEDIA, MOTIVO POR EL QUE DECIDO REMITIR A NIVEL DE MAYOR COMPLEJDIAD, SE INDICA NANALZIAR, E INMOVILIZAR MII.

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S822	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	True	
S824	FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE	False	
S817	HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA	False	
S417	HERIDAS MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	False	
S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO	False	

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Ginecobstétricos	G0P0A0C0V0
Médicos	NO REFIERE
Médicos	NIEGA
Ginecobstétricos	Anotado
Médicos	NEGATIVOS.
Ginecobstétricos	Anotado
Médicos	NIEGA

MEDICAMENTOS

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
IDM0000162	CATETER N0 20	1	<
IDM000134	EQUIPO MACROGOTEO	1	<
IDM000100	BURETROL	1	<
IDM000130	JERINGA 10 CC	2	<
N02AX0207	TRAMADOL 50MG/ML AMPOLLA	3	50 MG EN 150 CC SSN IV A 60 C CH C 8 H
B05BB0102	SODIO CLORURO AL 9%X 500 CC	1	
IDM000157	VENDA DE YESO 6X5	1	<
IDM000110	VENDA DE ALGODON 6X5	1	<
IDM000076	VENDA ELASTICA BLANCA 6X5	2	<

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	Condiciones	Requiere Cama
Urgencias_Observacion	REMISION NVO TRAMADOL IV FERULA CSV AC		☐



Medico: PABON PACHECO DAYANA MARIA
No. Documento: 1081818506
Tarjeta Profesional: 1081818506

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079177245				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO		**Identificación:**	1079177245	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	21/septiembre/2007 **Edad:** 16 Años - 9 Meses - 3 Dias		**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CALLE 27 N 11 26		**Teléfono:**	3133890718	
Procedencia:	CAMPOALEGRE		**Ocupación:**		
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Régimen:**	Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Nivel - Estrato:**	OTROS	
DATOS DEL INGRESO	FOLIO Nº 15		**(Fecha: 24/06/2024 10:22 p. m.)**		
Responsable:			**Teléfono Resp:**		
Dirección Resp:			**Nº Ingreso:**	831084 **Fecha:**	24/06/2024 10:05:25 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		**Causa Externa:**	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI **REINGRESO DE PACIENTE** NO

INICIO DE ATENCION 24/06/2024 10:13 p. m.)

Código pertenencia étnica	Otras etnias	**Código nivel educativo**	Ninguno
Grupo poblacional	Población general	**Credo religioso**	Católica
El paciente tiene algún tipo de discapacidad	No		

Autoriza participación de estudiantes

Motivo de Consulta

ACCIDENTE DE TRANSITO.

Enfermedad Actual

FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE DESDE LA LOCALIDAD, TRAIDA EN AMBULANCIA INSTITUCIONAL,. QUIEN NIEGA ENFERMEDAD DE BASE O ALERGIAS, ACUDE REFIRIENDO QUE HACE APROX 15 MINUTOS, IBA DE PASAJERA, EN UNA MOTOCICLETA, REFIRE EL CONDUCTOR INTENTO LEVANTAR LA MOTO EN LA LLANTA DE ATRAS, PERDIÓ ESTABILIDAD Y CONTROL DE ESTA, A LA ALTURA DE LA CRA 12 CON 19, DESDE ENTONCES SIENTE -DOLOR EN PIERNA IZDA, Y ARDOR EN GLUTEO. (ANAMNESIS HECHA CON BASE EN LO REFERIDO PÓR PTE A SU INGRESO – NO ME HAGO RESPONSABLE DE VERSIONES FUTURAS).

Revisión por Sistemas

Cabeza y Cuello	Asintomático	
Organos de los Sentidos	Asintomático	
CardioPulmonar	Asintomático	
Abdominal	Asintomático	
Genitourinario	Asintomático	
OsteoMuscular	Asintomático	
Piel y Anexos	Asintomático	
Consume medicamentos naturales	No	

Tratamiento Actual

NIEGA

Otros Sistemas

NO REFIERE

Signos Vitales

Sistólica	120,00 mmHg	Diastólica	70,0000	FC	80,00 L*m	FR	16,00 R*m
Temperatura	36,00 °C	Talla	164,00 m	IMC	24,17 Kg/m2	Glasgow	15,00 /15
SaO2	99 %	Peso	65,00 kg	Dextrometer			

DESCRIPCIÓN EXÁMEN FISICO

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079177245				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO		**Identificación:**	1079177245	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	21/septiembre/2007 **Edad:** 16 Años - 9 Meses - 3 Días		**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CALLE 27 N 11 26		**Teléfono:**	3133890718	
Procedencia:	CAMPOALEGRE		**Ocupación:**		
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Régimen:**	Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT		**Nivel - Estrato:**	OTROS	
DATOS DEL INGRESO	FOLIO Nº 15		**(Fecha: 24/06/2024 10:22 p. m.)**		
Responsable:			**Teléfono Resp:**		
Dirección Resp:			**Nº Ingreso:**	831084 **Fecha:** 24/06/2024 10:05:25 p. m.	
Finalidad Consulta:	No_Aplica		**Causa Externa:**	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI **REINGRESO DE PACIENTE** NO

INICIO DE ATENCION . 24/06/2024 10:13 p. m.)

Aspectos Generales	NORMOCEFALO, SIN HERIDAS NI DEPRESIONES EN CABEZA, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, AMIGDALAS ROSADAS, CONDUCTOS AUDITIVOS SIN ALTERACIONES CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS, TORAX SIMETRICO,EXPANSIBLE, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN PERISTALSIS POSITIVA, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, MURPHY, BLUMBERG, ROVSING, PSOAS, MC. BURNEY Y PB TALÓN NEGATIVOS, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES : HOMBRO IZDO, RODILLAS, PIERNAS IFNERIORES, Y PIE IZDO CON ABRASIONES, TERCIO DISTAL PEIRNA INFERIOR IZDA CON EDEMA MARCADO Y DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL, RESTO EXTREMIDADES SIN EDEMA, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG. DROSOLUMBAR SIN ALTERACION APARENTE, SNC SIN ALTERACION APARENTEGLASGOW 15/15, PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO; LENGUAJE FLUENTE, COMPRENDE LO PREGUNTADO, JUICIO Y RAZOCINIO CONSERVADOS; SIN ASIMETRIA EN PUPILAS, FONDO DE OJO NORMAL, MIRADA PRIMARIA CENTRAL, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, SENSIBILIDAD Y SIMETRIA FACIAL, NO ALTERACION DE PARES CRANEALES; FUERZA MUSCULAR EN EXTREMIDADES CONSERVADA; SENSIBILIDAD SUPERFICIAL, PROFUNDA Y CORTICAL CONSERVADAS; NO ALTERACION DE COORDINACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION MEMNINGEA; MARCHA SIN ALTERACION.PIEL ABREASINES EN GLUTEO DERECHO QUE SZE EXTIENDE A TERCIO PROXIMAL POST DE MUSLO, ABRASIONES EN EXTREMIDADES. *SE EXAMINA PTE CON EPP: OMS*	
Cabeza y cuello	NORMAL	
Ojos	NORMAL	
Otorrinolarigología	NORMAL	
Cardiovascular	NORMAL	
Pulmonar	NORMAL	
Abdomen	NORMAL	
Tacto vaginal	NO APLICA	
Genitourinario	NORMAL	
Osteomuscular	NORMAL	
Extremidades	NORMAL	
Piel	NORMAL	
Neurológico	NORMAL	
Tacto rectal	NO EXPLORADO	

Plan

PACIENTE CON MULIPLES HERIDAS ABRASIVAS, Y CON EDEMA Y DOLOR EN PIERNA IZDA, 2RIO A TRAUAMTISMO, POR ACCIDENTE DE TRANSITO, EN QUIEN SE REQUEIRE DESCARTAR FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ, POR LO QUE SS RX Y SE INDICA ANALGEISA Y CURACION DE HERIDAS.

-POLITRAUMATIMOS.
-HERIDAS ABRASIVAS EN EXTREMIDADES.
-HX ABRASIVA GLUTEO DERECHO.
-FRACTURAI TIBIA Y PERONÉ IZDA A DESCARTAR.

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S817	HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA	False	

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079177245		
DATOS PERSONALES			
Nombre Paciente:	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO	**Identificación:**	1079177245 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	21/septiembre/2007 **Edad:** 16 Años - 9 Meses - 3 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CALLE 27 N 11 26	**Teléfono:**	3133890718
Procedencia:	CAMPOALEGRE	**Ocupación:**	
DATOS DE AFILIACIÓN			
Entidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT	**Nivel - Estrato:**	OTROS
DATOS DEL INGRESO	FOLIO Nº 15	(Fecha: 24/06/2024 10:22 p. m.)	
Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	831084 **Fecha:** 24/06/2024 10:05:25 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO **SI** **REINGRESO DE PACIENTE** **NO**

INICIO DE ATENCION **24/06/2024 10:13 p. m.)**

S417	HERIDAS MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	False
S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO	True

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Ginecobstétricos	G0P0A0C0V0
Médicos	NO REFIERE
Médicos	NIEGA
Ginecobstétricos	Anotado
Médicos	NEGATIVOS.
Ginecobstétricos	Anotado
Médicos	NIEGA

MEDICAMENTOS

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
N02AX0207	TRAMADOL 50MG/ML AMPOLLA	1	50 MG SC AHROA
IDM000130	JERINGA 10 CC	1	<

EXAMENES

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL	1	IZDA
39303	MATERIALES DE SUTURA, CURACION, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES GRUPOS 07 - 08 - 09	1	

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	Condiciones	Requiere Cama
Urgencias_Observacion	OSBERVACINO DIETA CTE TRAMDOL 50 MG SC AHROA SS RX CSV YA C REVALORAR		☐

Medico: DAYANA MARIA PABON PACHECO
No. Documento: 1081818506
Tarjeta Profesional: 1081818506

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.507.430
LIZCANO BARRERA
APELLIDOS
JHOJAN DAVID
NOMBRES
David Lizcano B
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-2004
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.87 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
13-JUL-2022 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1502200-01306455-M-1122507430-20220718 0080097162A 1 6305131831

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.079.177.245
TRUJILLO MONTENEGRO
APELLIDOS
NICOLLE DANIELA
NOMBRES
Nicolle Daniela Trujillo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-2007
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-SEP-2025
FECHA DE VENCIMIENTO
O+ G.S RH
F SEXO
16-OCT-2014 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1502200-00661750-F-1079177245-20150127 0042564638A 3 7103106719

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031894235

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VTW77G	AKT	AK125NKD EIII	2025

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	GRIS	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PEJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR 157FMI068046E4 REG N VIN 9F2D51254SB019011

NÚMERO DE SERIE ****** REG N NÚMERO DE CHASIS 9F2D51254SB019011 REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) LIZCANO BARRERA JHOJAN DAVID
IDENTIFICACIÓN C.C. 1122507430

REGRABACIÓN MOVILIDAD

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902024000081511
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

BLINDAJE ******
POTENCIA HP 10
NÚMERO DE IMPORTACIÓN I
FECHA IMPORT. 20/05/2024
PUERTAS 0

FECHA MATRÍCULA 28/05/2024
FECHA EXP. LIC. TTO. 28/05/2024
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT12000008999

RUNT 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:	VTW77G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031894235	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2025	COLOR:	GRIS
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI068046E4
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51254SB019811	NÚMERO DE VIN:	9F2D51254SB019811
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	28/05/2024
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8122629100	23/05/2024	24/05/2024	23/05/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 21/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62529 fechada el dia 24.08.05 cuyo paciente es TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE

HISTORIA No. 1079177245

GLOSA No: ZGL-1-48576 **SINIESTRO:** 62529

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310521

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	613957.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	613957.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA PACIENTE TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA, SUFRE EL ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL AÑO 2024 (25/06/2024), ES DECIR LA PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE $12.384.213, DONDE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN NUESTRA INSTITUCION HAN REALIZADO UN PAGO DE $11.257.297, POR CONSIGUIENTE LA PACIENTE AUN CUENTA CON UNA COBERTURA DE $1.126.916, EN CASO DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE.

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000007-0000

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	284700.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 21/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-62529 fechada el dia 24.08.05 cuyo paciente es TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE

HISTORIA No. 1079177245

GLOSA No: ZGL-1-48576 **SINIESTRO:** 62529

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 613957.00

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 613957.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA PACIENTE TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA, SUFRE EL ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL AÑO 2024 (25/06/2024), ES DECIR LA PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE $12.384.213, DONDE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN NUESTRA INSTITUCION HAN REALIZADO UN PAGO DE $11.257.297, POR CONSIGUIENTE LA PACIENTE AUN CUENTA CON UNA COBERTURA DE $1.126.916, EN CASO DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE.

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000007-0000

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 284700.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	284700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA PACIENTE TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA, SUFRE EL ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL AÑO 2024 (25/06/2024), ES DECIR LA PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE $12.384.213, DONDE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN NUESTRA INSTITUCION HAN REALIZADO UN PAGO DE $11.257.297, POR CONSIGUIENTE LA PACIENTE AUN CUENTA CON UNA COBERTURA DE $1.126.916, EN CASO DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-39130- ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	165600.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	165600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA PACIENTE TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA, SUFRE EL ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL AÑO 2024 (25/06/2024), ES DECIR LA PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE $12.384.213, DONDE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN NUESTRA INSTITUCION HAN REALIZADO UN PAGO DE $11.257.297, POR CONSIGUIENTE LA PACIENTE AUN CUENTA CON UNA COBERTURA DE $1.126.916, EN CASO DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-39208- GRUPO 06

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 171730.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
105
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 171730.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA. TODA VEZ QUE SE REALIZA UNA REDUCCION CERRADA POR TANTO SE LIQUIDAN LOS DERECHOS DE SALA TENIENDO EN CUENTA EL 45% ADICIONAL QUE FACULTA EL ART. 52 Y MATERIALES CON EL Cód. 39305 COMO INDICA EL ART. 55 Parágrafo 2 POR TRATARSE DE UN PROCEDIMIENTO INCRUENTO. POR TANTO SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

>> ITEM GLOSADO 6: SO1-19509- HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 43800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 43800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 7: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 19800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	19800.00	

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 8: SO1-19749- NITROGENO UREICO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	16500.00	

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	16500.00	

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 9: SO1-21602- PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	1469300.00	

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	1469300.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, EL CODIGO 21602 HACE REFERENCIA AL VALOR DE CADA ESTUDIO REALIZADO ES DECIR EL VALOR DEL DISPARO. POR TANTO, SE DEBE PAGAR POR CADA DISPARO REALIZADO Y NO LA UTILIZACION DEL EQUIPO PARA TODO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, COMO ESTA ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 23 NUMERAL 6 DEL DECRETO 2423/96. DE LO CONTRARIO CITAR EN QUE ARTICULO DEL DECRETO NOS INDICA QUE SE DEBE CANCELAR POR ACTO QUIRURGICO Y NO POR DISPARO.

>> ITEM GLOSADO 10: DPM-VENDA VENDA ALGODON 6X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4700.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 11: DPM-VENDA VENDA ELASTICA 6X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	11400.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	11400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. asi mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 12: SO1-30105- UNIDAD DE SANGRE POBRE EN LEUCOCITOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	218801.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	218801.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA PACIENTE TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA, SUFRE EL ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL AÑO 2024 (25/06/2024), ES DECIR LA PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE $12.384.213, DONDE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN NUESTRA INSTITUCION HAN REALIZADO UN PAGO DE $11.257.297, POR CONSIGUIENTE LA PACIENTE AUN CUENTA CON UNA COBERTURA DE $1.126.916, EN CASO DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE.

>> ITEM GLOSADO 13: SO1-30202- APLICACION DE GLOBULOS ROJOS O SANGRE, EN PACIENTE

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	110600.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	110600.00	

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA PACIENTE TRUJILLO MONTENEGRO NICOLLE DANIELA, SUFRE EL ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL AÑO 2024 (25/06/2024), ES DECIR LA PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE $12.384.213, DONDE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN NUESTRA INSTITUCION HAN REALIZADO UN PAGO DE $11.257.297, POR CONSIGUIENTE LA PACIENTE AUN CUENTA CON UNA COBERTURA DE $1.126.916, EN CASO DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	11,636,957.00
VALOR GLOSADO :	3192088.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	3192088.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 13 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20302798	**No.**	198590	**Siniestro**	90753146	**No. Factura**	FEC162529		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	24/06/2024	**Fecha aviso**	15/07/2024	**Fecha recepción**	18/09/2024	
Fecha formalización	18/09/2024	**Fecha liquidación**	03/10/2024	**Póliza**	812262910	**Vigencia**	24/05/2024	**hast**	23/05/2025

Id tomador	1122507430	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1079177245	**Nombre**	NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S300	**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	13580	OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE		100%	810,500	0	810,500
1	39110	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 12		100%	472,100	0	472,100
1	39123	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 12		100%	221,200	0	221,200
1	39214	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 12		100%	1,299,000	0	1,299,000
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	649,000	0	649,000
1	13561	REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONÉ		100%	237,900	0	237,900
1	39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 06		100%	141,200	0	141,200
1	39117	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 06		100%	62,100	0	62,100
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	71,700	0	71,700
4	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	1,387,600	0	1,387,600
1	39208	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍAGRUPO 06	SE RECONOCE SALA DE REDUCCION AL 45% POR SER PROCEDIMIENTO INCRUENTO.	100%	452,800	171,730	281,070
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55). NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55).		52,100	16,100	36,000
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	90,400	0	90,400
8	21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIRÓFANOS)| AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	NO SE RECONOCEN 7.21602 NO DA LUGAR A COBRO, SE RECONOCE UN FLUOROSCOPIO POR PROCEDIMIENTO.	100%	1,679,200	1,469,300	209,900
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS	NO SE RECONOCE 19290 Y 19749 NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS. TO.	100%	19,800	19,800	0
2	19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%, 100%	68,600	0	68,600
1	19509	HEMOCLASIFICACIÓN (GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH)	NO SE RECONOCE 19509 INCLUIDO EN 19828, NO FACTURABLE.	100%	43,800	43,800	0

1	19749	NITRÓGENO URÉICO	NO SE RECONOCE 19290 Y 19749 NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	16,500	16,500	0
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19828	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MAYOR INCLUYE: HEMOCLASIFICACIÓN DE DONANTE RECEPTOR		100%	58,800	0	58,800
1	19842	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES		100%	55,500	0	55,500
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	30105	UNIDAD DE SANGRE POBRE EN LEUCOCITOS	SE RECONOCE HASTA TOPE MAXIMO PERMITIDO PARA ESTE AMPARO	100%	535,100	218,801	316,299
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	SE RECONOCE HASTA TOPE MAXIMO PERMITIDO PARA ESTE AMPARO	100%	110,600	110,600	0
2	39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO	SE RECONOCE HASTA TOPE MAXIMO PERMITIDO PARA ESTE AMPARO	100%	165,600	165,600	0
1	777100	MAOS	FEEN6536		2,162,300	284,700	1,877,600
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	613,957	613,957	0

1001	Cobrado	11,636,957
1002	Obj. Parcial	3,192,088
1003	Liquidado	8,444,869

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:12:45 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. FEC162529

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1861f88a0c55befd1c5026d9a2515fbe6e35125b9f4276f9c5839d949205bf3b1ee1c0f6e0bf18658891c2e15b6a6b57

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
11636957

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-04 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
1edd0f9c12e7ddee3915fc4b4157bae112770399057c8314ce309d8c6537bc39d2a37c75becb29753ef986826177c508

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-05 11:02:10.000 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 7 de 02 de 2025 a las 02:12:45 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. FEC162529

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1861f88a0c55befd1c5026d9a2515fbe6e35125b9f4276f9c5839d949205bf3b1ee1c0f6e0bf18658891c2e15b6a6b57

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
771f5aed3f97ac65689e0ce9c1523561f8f5b7d641faa42d87acf0f2349411c465a415fdb344e087e0a91f1b8a0e05a1

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-05 11:08:37.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
58b337f3d3b0a1931ad7ba38ed405181c16f0cfb104044200d8076c4fdaeccd9be887450d7e8509a08603880278e1b25

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:53:17.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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. FEC162529

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1861f88a0c55befd1c5026d9a2515fbe6e35125b9f4276f9c5839d949205bf3b1ee1c0f6e0bf18658891c2e15b6a6b57

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7d3183d52a5535f44a407eff03da17391af47cbfe12489322d82065d610d83ae68cc70a8310257e044350b1cf0a52437

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:53:29.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.08.27	15:18:29	2024.09.26

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63142

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** URGENCIAS

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 182545

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRESO	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 60% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.07 - 01:31	2024.07.07 - 06:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 26422458 SERRANO SOTO FLORDELY EDAD : 43 Años

DIRECCION: BARRIO PORTAL DEL ORIENTE PITALITO TELEFONO: 3172602395

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								7	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								5	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
MEDICAMENTOS											
19927257-08	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								32	250	8,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.07	873206	JAB					1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.07	873121	JAB					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.07	873121	JAB					1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.07	873121	JAB					1	90,400	90,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.07	890302	HJC					1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.07	890701	JAB					1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.07	S22101	BRC					1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	622,624	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	622,624

SON: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.27 03:19:44 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CA... 774 667 CODIGO ... COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De... Fecha: 202...12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has...-00080000 AUTORIZA

Cufe: 6a3ce1c11d5648aa20d3fc8730fec5fc06e1394288f48d2dc66003100c8b3...f4e81f...0d0e2d9d69ca5a4a3

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

¡Recibido!
18 de Septiembre del 2024
20302804

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 ,2024.08.27	15:18:29	2024.09.26

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63142

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 182545
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | | 2024.07.07 - 01:31 | 2024.07.07 - 08:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26422458 SERRANO SOTO FLORDELY EDAD : 43 Años
DIRECCION: BARRIO PORTAL DEL ORIENTE PITALITO TELEFONO: 3172602395
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								7	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								5	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20087651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								32	250	8,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
19930690-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.07	873206		JAB				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.07	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.07	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.07	873121		JAB				1	90,400	90,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.07	890302		HJC				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.07	890701		JAB				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.07	S22101		BRC				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	622,624	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	622,624

SON: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.27 03:19:44 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 6a3ce1c11d5648aa20d3fc8730fec5fc06e1394288f48d2dc66003100c8b3df4e81f9c14d0920890d0c2d9d69ca5a4a3

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

92

FACTURA:	63142
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 524,508
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 98,116
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 63142

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

SERRANO — 1er.Apellido o Razon Social

SOTO — 2do.Apellido

FLORDELY — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 26422458

De: 41551 **Fecha de Nacimiento:** 17/06/1981 **Sexo:** F[X] M O

Direccion: BARRIO PORTAL DEL ORIENTE

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3172602395

Municipio: PITALITO **Cod.** 551

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	[ ]
Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]		

Terroristas:

Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate	[ ]
Incendio	[ ]	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]		

Otros [ ] **Cual?**

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 69+200 METROS VIA GARZON_NEIVA

Fecha Evento/Accidente: 06/07/2024 **Hora:** 21:05

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 VEHICULO CON PLACA TDY034, COLISIONAN CON MOTO Y SUFRE LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] **Marca:** VOLKSWAGEN **Placa:** TDY034

Tipo de Vehiculo:

Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
Campero	[ ]	Microbus	[X]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[ ]	Motocarro	[ ]
Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

Poliza SOAT No 8123078100

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 28/06/2024 **Hasta:** 27/06/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

26

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
NO REGISTRA	NO REGISTRA

1er.Nombre	2do.Nombre
NO REGISTRA	NO REGISTRA

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** NO REGISTRA

Direccion: PITALITO

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: PITALITO **Cod.** 551 **Telefono:** 3124117910 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CUELLAR	RICO

1er.Nombre	2do.Nombre
ROBINSON	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 79248161

Direccion: PITALITO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3124117910

Municipio: PITALITO **Cod.** 551

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: 06/07/2024 a las 22:38

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL **Codigo de inscripcion:** 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 **Telefono:** 8384053 HUILA-HOBO

Profesional que Remite: YOHEIMYS MESTRE BALCAZAR **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 06/07/2024 a las 22:53

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN **Cargo:** MEDICO GENERAL **Placa Ambulancia:**

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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 07/07/2024 a las 01:31

Diagnostico presuntivo de Ingreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Fecha de Egreso: 07/07/2024 a las 06:44

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 Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
BAZAN	

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de Medico 1061724214

25

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	622624	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financianiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65038

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SERRANO SOTO FLORDELY

DOC.IDENT: CC 26422458 SEXO: FEMENINO DIRECCION: BARRIO PORTAL DEL ORIENTE N
FCHA.NACTO: 1981.06.17 EDAD: 43 A CIUDAD: PITALITO TEL: 3172602395
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH:

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2024.07.07 HORA DE INGRESO: 01:31
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2024.07.07 HORA DE EGRESO: 06:44
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO1: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
RELACIONADO2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.07-02:03:51 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO CON PLACA TDY034, COLISIONAN CON MOTO Y SUFRE LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: HOBO VALORADO A LAS: 01+31 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 06/07/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 22 : 00 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 ORTOPEDIA. AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 130/80 FC: 87 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 150 PESO: 62 IMC: 28 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfala, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.
<<ABDOMEN>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65038

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SERRANO SOTO FLORDELY

DOC.IDENT:	CC 26422458	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO PORTAL DEL ORIENTE		
FCHA.NACTO:	1981.06.17	EDAD:	43 A	CIUDAD:	PITALITO	TEL:	3172602395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN MANO DERECHA DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN MUSLO, RODILLA, PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO, EQUIMOSIS AUMENTO DE VOLUMEN EN RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientada. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES CON LIMPIESA PARCIAL EN: PIERNA PROXIMAL IZQUIERDA
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

** PLAN DE MANEJO:
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. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65038

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SERRANO SOTO FLORDELY

DOC.IDENT:	CC 26422458	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO PORTAL DEL ORIENTE		
FCHA.NACTO:	1981.06.17	EDAD:	43 A	CIUDAD:	PITALITO	TEL:	3172602395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.07.07-02:41:13 MEDICO: / (AUXIL. BRC - BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG - C.C. 1075314223 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 02:05 / 02:15 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN PIERNA IZQUIERDA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 24.07.07-02:45:27 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 FEMUR IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65038

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SERRANO SOTO FLORDELY

DOC.IDENT:	CC 26422458	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO PORTAL DEL ORIENTE		
FCHA.NACTO:	1981.06.17	EDAD:	43 A	CIUDAD:	PITALITO	TEL:	3172602395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

***** FECHA: 24.07.07-06:15:18 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON DIAGNÓSTICOS DE:

1 ---CONTUSIONES Y ABRASIONES.

SIGNOS VITALES ESTABLES: TA: 120/80 FR: 18 RPM, T: 36.8 GRADOS, SATO: 95% PULSO: 79 LXM.
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.
VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
NO SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN SIN DOLOR.
PELVIS ESTABLE.
NEUROLOGICAMENTE ESTABLE.
PIEL: ABRASIONES LIMPIAS.
A NIVEL DE: MUSLO, RODILLA, PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO, PRESENTA: LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD, SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL Y PIERNA PROXIMAL CON EQUIMOSIS Y AUMENTO DE VOLUMEN, PERFUSION DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS.

RX: NORMALES:

PACIENTE CON MULTIPLES CONTUSIONES Y ABRASIONES, ARTICULACION ESTABLES, ESTUDIOS NORMALES POR LO CUAL SE INDICA MANEJO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO.

CONDUCTA:
1 ---SALIDA CON:
2 --- ANALGESICOS MAS ANTIBIOTICOTERAPIA
3 ---CONTROL EN 15 DIAS
4 ---INCAPACIDAD 5 DIAS
5 ---RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA.

***** FECHA: 24.07.07-06:43:41 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO REMITIDA DE PRIMER NIVEL, AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA MANEJO, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, POR PERSISTENCIA DE DOLOR LIMITACIÓN ES VALORADO POR TRAUMATOLOGÍA QUIEN DESCARTA LESIÓN EN LIGAMENTOS Y ÓSEA POR LO CUAL INDICA MANEJO MÉDICO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO. AHORA PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 130/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. ORDEN DE SEGUIMIENTO, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65038

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SERRANO SOTO FLORDELY

DOC.IDENT:	CC 26422458	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO PORTAL DEL ORIENTE		
FCHA.NACTO:	1981.06.17	EDAD:	43 A	CIUDAD:	PITALITO	TEL:	3172602395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:
** OTROS:

SOLICITAR CONTROL AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: CUERVO.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 7.
1) CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
2) EN ÁREAS DE CONTUSIÓN SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCIÓN, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACIÓN, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO.
4) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
6) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
7) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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
CEFALEXINA 500 MG , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6 DÍAS.
, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL
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

** DEL EGRESO

***** FECHA: 24.07.07-06:44:47 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.07-06:44:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65038

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SERRANO SOTO FLORDELY

DOC.IDENT:	CC 26422458	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO PORTAL DEL ORIENTE		
FCHA.NACTO:	1981.06.17	EDAD:	43 A	CIUDAD:	PITALITO	TEL:	3172602395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO 1: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
RELACIONADO 2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico Cirujano
HUILA
RM 1 061 724 214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

17

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182545

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182545 **Fecha** 2024/07/7

Nombre Paciente: SERRANO SOTO FLORDELY - 26422458 **Edad:** 43 **Sexo:** F

Quien Realiza: BRC- BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

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. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

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. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
931.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	BRC	

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN PIERNA IZQUIERDA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

AlexandraC
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,19-Jul-2024 11:03:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.07.0 01:31

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 43 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

26422458 SERRANO SOTO FLORDELY 1 NIVEL I PITALITO BARRIO PORTAL DEL 3172602395

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.07	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	BRC	2.00
2024.07.07	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	BRC	10.00
2024.07.07	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	BRC	10.00
2024.07.07	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	BRC	7.00
2024.07.07	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	BRC	1.00

15

PACIENTE: 26422458 SERRANO SOTO FLORDELY **EDAD:** 43

DIRECCION: BARRIO PORTAL DEL ORIENTE **TELEFONO:** 3172602395

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64048 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.05 **Nº POLIZA:** 8123078100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 7 de julio de 2024						
02:04:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	GORI	
02:04:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GORI	
02:04:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GORI	
02:04:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GORI	
02:04:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GORI	
02:04:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	GORI	
02:04:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	GORI	
02:04:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	GORI	
02:04:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	GORI	

TOTAL SUMINISTRADO: 15.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: SERRANO SOTO FLORDELY No. Identif. 26422458 Edad. 43

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.07.07

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 30.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8
* CEFALEXINA 500 MG	**Cant.:** 24.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

Florsoto

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -213234

FECHA EMISION:	2024.07.07
HORA:	06:57:55
PAGINA No:	1

USUARIO: SERRANO SOTO FLORDELY **FECHA DE PEDIDO:** 2024/07/7

DOC.IDENT: CC 26422458 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. JHOAN ALBEIRO BAZAN

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
002	LAS CAJA TABL	CEFALEXINA 500 MG	24.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
		TOTAL CANTIDAD:	74.00

Flor Serrano

Recibido Paciente

12

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.07.27
HORA:	10:47:32
PAGINA No:	1

Numero: 91161 Fecha Ex. 07/07/24 Hora 11:24
Nombre Paciente: 26422458 SERRANO SOTO FLORDELY
Dirección: BARRIO PORTAL DEL ORIENTE Telefono:3172602395 Edad:43 A Sexo:F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del fémur izquierdo observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de las estructuras del fémur aparentes en la única proyección presentada.
Moderado edema de los tejidos blandos del muslo.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas de las estructuras óseas de la pierna.
Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del cuello del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.
No se descarta la posibilidad de esguince.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 07/07/2024

Señores Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Flordaly Serrano Solo identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 26422458, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde 01/01/24 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

Flordaly

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8.
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202407060016 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 06 MES 07 AÑO 2024 **Autorización:** X
No. de Historia Clínica CC26422458
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
FLOR DELIS	SERRANO	SOTO	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. T.I. R.C. No. 26422458
Dirección CALLE 8 N 5A-33 CONJUNTO PORTAL DEL ORIENTE PITALITO HUILA Teléfono 3176022395 Edad 43 Ano(s)
Municipio PITALITO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 17/06/1981
Estado Civil CASADO

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso
D 06 M 07 A 2024
Fecha de Egreso
D 06 M 07 A 2024

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 YOHEIMYS MESTRE BALCAZAR
Firma y Sello



C.C 1140843730
Registro Médico 1140843730

PACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS 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 VEHICULO DE TRANSPORTE PUBLICO EN CALIDAD DE PASAJERO POR CARRETERA NACIONAL EN EL KM 69+200 VIA GARZON- NEIVA CUANDO EL CONDUCTOR DE LA BUSETA PIERDE EL CONTROL DEL VEHICULO AL IMPACTAR CON UNA MOTOCICLETA LO QUE LE PRODUCE POSTERIORMENTE TRAUMATISMO CONTUNDENTE EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA IZQUIERDA DONDE PRESENTA DOLOR + EDEMA IMPORTANTE Y LIMITACION FUNCIONAL Y A LOS MOVIMIENTOS MOTIVO POR EL CUAL ES TRAIDA A L A INSTITUCION POR AMBULANCIA INSTITUCIONAL. S/ MANIFIESTA SENTIRSE EN REGULAR ESTADO GENERAL, ACTUALMENTE CON DOLOR EN ZONA DE LESION. O/ CABEZA: NORMOCEFALA, MOH CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS PULMONES VENTILADOS SIN AGREGADOS, RSCSRS SIN SOPLO A BDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO EXTREMIDADES: PRESENTA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS D E MOVIMIENTO DE PIERNA IZQUIERDA POR EDEMA MARCADO EN TERCIO PROXIMAL DE LA MISMA. SNC: SIN DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15 RESTO NORMAL IDX: 1. ACCIDENTE DE TRANSITO 2. TRAUMATISMO EN PIERNA IZQUIERDA 2.1 A DESCARTAR FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL ?¿ 2.2 H EMATOMA EN PIERNA IZQUIERDA ANALISIS: VALORO PACIENTE QUIEN SUFRIR POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR LO QUE REQUI ERE REALIZACION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE PERMITAN DESCARTAR LESIONES OSEAS CON LO QUE NO SE CUENTA EN LA INSTITUCION MOTIVO POR EL CUAL INDICO REMISION A II NIVEL. ********** PLAN: -. REMISION A II NIVEL PARA VALORACI ON POR ORTOPEDIA -. TAPON VENOSO -. DIPIRONA 2,5 GR IV AHORA -. DICLOFENAC 75 MG IV AHORA -. DEXAMETASONA 8 MG IV AHORA -. VE NDAJE ALMOHADILLADO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO -. CUIDADOS DE ENFERMERIA -. VIGILANCIA MEDICA -. CSV-AC

Nivel de Competencia

Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1	X	2		3		4	

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 22:38 Hora 22 Minutos 38

Nombre de la persona que solicita la Remisión

YOHEIMYS MESTRE BALCAZAR.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 22:38 Hora 22 Minutos 38

Nombre del Confirmador (persona que acepto la Remisión)

X

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	S898
CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA	S801
PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, DE VEHICULO DE MOTOR NO ESPECIFICADO	V892

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS 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 VEHICULO DE TRANSPORTE PUBLICO EN CALIDAD DE PASAJERO POR CARRETERA NACIONAL EN EL KM 69+200 VIA GARZON- NEIVA CUANDO EL CONDUCTOR DE LA BUSETA PIERDE EL CONTROL DEL VEHICULO AL IMPACTAR CON UNA MOTOCICLETA LO QUE LE PRODUCE POSTERIORMENTE TRAUMATISMO CONTUNDENTE EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA IZQUIERDA DONDE PRESENTA DOLOR + EDEMA IMPORTANTE Y LIMITACION FUNCIONAL Y A LOS MOVIMIENTOS MOTIVO POR EL CUAL ES TRAIDA A LA INSTITUCION POR AMBULANCIA INSTITUCIONAL.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
110/70	78	36.00	19	152.0	65.00	

Hallazgos del Examen Físico

LO ANOTADO ESTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ACTIVO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , CON DOLOR EN ZONAS DE TRAUMA **Cabeza:**Normal NORMOCEFALA, MOH - **Cuello:**Normal MOVIL SIN ADENOPATIAS - **Torax:**Normal PULMONES VENTILADOS SIN AGREGADOS, RSCSRS SIN SOPLO - **Abdomen:**Normal BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION - **G/U:**Normal NE - **Extremidades:**Normal EXTREMIDADES: PRESENTA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE PIERNA IZQUIERDA POR EDEMA MARCADO EN TERCIO PROXIMAL DE LA MISMA. - **Neurológico:**Normal SIN DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15 - **Nariz:**Normal NORMAL - **Oidos:**Normal NORMAL - **Boca:**Normal NORMAL - **Ojos:**Normal NORMAL - **Piel:**Normal NORMAL - **Ano:**Normal NE - **Osteomuscular:**Normal LO ANOTADO

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (DM000021SR1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0001096) TAPON HEPARENIZADO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N028D0267011) DIPIRONA SOL INY 2.5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V0001569 1) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0003155) VENDA DE YESO 6X5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (1006942) VENDA DE ALGODON N. 4X5 *Dosis:* 1;

Nota Médica

06/07/2024 a las 22:38:29.

PACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS 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 VEHICULO DE TRANSPORTE PUBLICO EN CALIDAD DE PASAJERO POR CARRETERA NACIONAL EN EL KM 69+200 VIA GARZON- NEIVA CUANDO EL CONDUCTOR DE LA BUSETA PIERDE EL CONTROL DEL VEHICULO AL IMPACTAR CON UNA MOTOCICLETA LO QUE LE PRODUCE POSTERIORMENTE TRAUMATISMO CONTUNDENTE EN TERCIO PROXIMAL

DE PIERNA IZQUIERDA DONDE PRESENTA DOLOR + EDEMA IMPORTANTE Y LIMITACION FUNCIONAL Y A LOS MOVIMIENTOS MOTIVO POR EL CUAL ES TRAIDA A LA INSTITUCION POR AMBULANCIA INSTITUCIONAL.

S/ MANIFIESTA SENTIRSE EN REGULAR ESTADO GENERAL, ACTUALMENTE CON DOLOR EN ZONA DE LESION.

O/
CABEZA: NORMOCEFALA, MOH
CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS
PULMONES VENTILADOS SIN AGREGADOS, RSCSRS SIN SOPLO
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: PRESENTA PRESENTA DOLOR + EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE PIERNA IZQUIERDA POR EDEMA MARCADO EN TERCIO PROXIMAL DE LA MISMA.
SNC: SIN DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15
RESTO NORMAL

IDX:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO
2. TRAUMATISMO EN PIERNA IZQUIERDA
2.1 A DESCARTAR FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL ¿?
2.2 HEMATOMA EN PIERNA IZQUIERDA

ANALISIS: VALORO PACIENTE QUIEN SUFRIR POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR LO QUE REQUIERE REALIZACION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE PERMITAN DESCARTAR LESIONES OSEAS CON LO QUE NO SE CUENTA EN LA INSTITUCION MOTIVO POR EL CUAL INDICO REMISION A II NIVEL.

****

PLAN:
-. REMISION A II NIVEL PARA VALORACION POR ORTOPEDIA
-. TAPON VENOSO
-. DIPIRONA 2,5 GR IV AHORA
-. DICLOFENAC 75 MG IV AHORA
-. DEXAMETASONA 8 MG IV AHORA
-. VENDAJE ALMOHADILLADO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
-. CUIDADOS DE ENFERMERIA
-. VIGILANCIA MEDICA
-. CSV-AC

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	S898
CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA	S801
PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, DE VEHICULO DE MOTOR NO ESPECIFICADO	V892

Observaciones o Sugerencias

IDX: 1. ACCIDENTE DE TRANSITO 2. TRAUMATISMO EN PIERNA IZQUIERDA 2.1 A DESCARTAR FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL ¿? 2.2 HEMATOMA EN PIERNA IZQUIERDA PLAN: -. REMISION A II NIVEL PARA VALORACION POR ORTOPEDIA -. TAPON VENOSO -. DIPIRONA 2,5 GR IV AHORA -. DICLOFENAC 75 MG IV AHORA -. DEXAMETASONA 8 MG IV AHORA -. VENDAJE ALMOHADILLADO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO -. CUIDADOS DE ENFERMERIA -. VIGILANCIA MEDICA -. CSV-AC

Impreso por:

ANA YAMITH MONTEALEGRE
AUXILIAR DE ENFERMERIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	26422458
NOMBRES	FLORDELY
APELLIDOS	SERRANO SOTO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PITALITO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/19/2024 11:08:23	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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	79248161
NOMBRES	ROBINSON
APELLIDOS	CUELLAR RICO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PITALITO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	03/06/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/19/2024 11:08:37	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

RUNT

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:

TDY034

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10025191302

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Público

CLASE DE VEHÍCULO:

MICROBUS

Información general del vehículo

MARCA:

VOLKSWAGEN

LÍNEA:

CRAFTER 50

MODELO:

2012

COLOR:

BLANCO ROJO AMARILLO VERDE

NÚMERO DE SERIE:

NÚMERO DE MOTOR:

BJM038896

NÚMERO DE CHASIS:

WV1ZZZ2EZC6010128

NÚMERO DE VIN:

WV1ZZZ2EZC6010128

CILINDRAJE:

2461

TIPO DE CARROCERÍA:

CERRADA

TIPO COMBUSTIBLE:

DIESEL

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

28/06/2012

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

ITBOY - DIST TTO No 1/COMBITA

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

NO

CLÁSICO O ANTIGUO:

NO

REPOTENCIADO:

NO

REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):

SI

NRO. REGRABACIÓN MOTOR

BJM038896

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:

2

Para conocer el historial de propietarios
Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8123078100	27/06/2024	28/06/2024	27/06/2025	920	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
85909820	27/06/2023	28/06/2023	27/06/2024	920	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE
14163800016410	25/06/2022	27/06/2022	26/06/2023	920	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
13212300024590	26/06/2021	27/06/2021	26/06/2022	920	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
14163800009160	26/06/2020	27/06/2020	26/06/2021	920	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 17/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63142 fechada el dia 24.08.27 cuyo paciente es SERRANO SOTO FLORDELY

HISTORIA No. 26422458

GLOSA No: ZGL-1-48460 **SINIESTRO:** 63142

Recibido!
21 de Octubre del 2024
20309284
equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 90400.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 90400.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN MUSLO Y PIERNA IZQUIERDA. SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO REALIZADO ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: COR-CLORURO-BOLS CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 7516.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 17/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63142 fechada el dia 24.08.27 cuyo paciente es SERRANO SOTO FLORDELY

HISTORIA No. 26422458

GLOSA No: ZGL-1-48460 **SINIESTRO:** 63142

>> **ITEM GLOSADO 1:** SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	90400.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	90400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN MUSLO Y PIERNA IZQUIERDA. SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO REALIZADO ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> **ITEM GLOSADO 2:** COR-CLORURO-BOLS CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	7516.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	7516.00	SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DEPROCEDIMIENTO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA LA REALIZACION DE LA CURACION EN ABRASIONES YA QUE EL PACIENTE PRESENTABA ABRACIONES LAS CUALES SE LE HACE BARRIDO QUEDANDO LIMPIA Y DESCUBIERTA EL AREA AFECTADA. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 3: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	200.00	

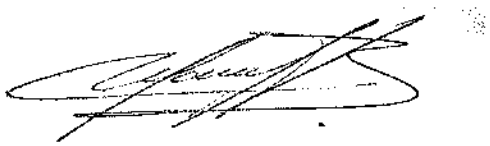
JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	200.00	SE ANEXA HOJA DE APLICACION SUMINISTRO DE MEDICAMNETOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE POR CRITERIO MEDICO ES DEJADO EN HOSPITALIZACION Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	622,624.00
VALOR GLOSADO :	98116.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	98116.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 13 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20302804	**No.**	197920	**Siniestro**	90751264	**No. Factura**	FEC163142		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	06/07/2024	**Fecha aviso**	09/07/2024	**Fecha recepción**	18/09/2024	
Fecha formalización	18/09/2024	**Fecha liquidación**	03/10/2024	**Póliza**	812307810	**Vigencia**	28/06/2024	**hast**	27/06/2025
Id tomador	26553192	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	26422458	**Nombre**	FLORDELY SERRANO SOTO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S800					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
3	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE UN 21102 FEMUR NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	271,200	90,400	180,800
1	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	69,700	0	69,700
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	71,500	0	71,500
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJA HIPODÉRMICA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		10,900	200	10,700
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (2) CLORURO SODIO 100ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN.	100%	88,624	7,516	81,108

1001	Cobrado	622,624
1002	Obj. Parcial	98,116
1003	Liquidado	524,508

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

PACIENTE: 26422458 SERRANO SOTO FLORDELY **EDAD:** 43

DIRECCION: BARRIO PORTAL DEL ORIENTE **TELEFONO:** 3172602395

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64048 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.05 **Nº POLIZA:** 8123078100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 7 de julio de 2024						
02:04:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	GOR1	
02:04:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1	
02:04:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1	
02:04:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1	
02:04:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	GOR1	
02:04:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	GOR1	
02:04:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	GOR1	
02:04:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	GOR1	
02:04:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	GOR1	

TOTAL SUMINISTRADO: 15.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182545

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182545 Fecha 2024/07/7

Nombre Paciente: SERRANO SOTO FLORDELY - 26422458 Edad: 43 Sexo: F

Quien Realiza: BRC- BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

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. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

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. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	BRC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN PIERNA IZQUIERDA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

AlexandraC
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,19-Jul-2024 11:03:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO URGENCIAS		
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE		
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	EDAD	ANEXO2:	Fecha Ingreso: 2024.07.0 01:31	
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	43 Años		Fecha Egreso :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO	
26422458 SERRANO SOTO FLORDELY	1 NIVEL I	PITALITO	BARRIO PORTAL DEL	3172602395	

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.07	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	BRC	2.00
2024.07.07	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	BRC	10.00
2024.07.07	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	BRC	10.00
2024.07.07	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	BRC	7.00
2024.07.07	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	BRC	1.00

15

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:13:11 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. FEC163142

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6a3ce1c11d5648aa20d3fc8730fec5fc06e1394288f48d2dc66003100c8b3df4e81f9c14d0920890d0e2d9d69ca5a4a3

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
622624

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-26 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
f61c32dc8eb68a731851e551e45f3e6f3531988f93c328e2e5644b9921f2b32747944435e0b39353e11dc505ee6b490e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-27 03:19:44.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

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. FEC163142

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6a3ce1c11d5648aa20d3fc8730fec5fc06e1394288f48d2dc66003100c8b3df4e81f9c14d0920890d0e2d9d69ca5a4a3

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
dcf597eba91f258431c1bb26761c7147c6ad46f34115da0bdf00348cd28190c2cfd77bcc03cde7f05689f0da80aff252

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-27 03:48:55.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
3a112ebad74ffae8512d9a4a37f33609b0f9961dad9fbcd5efaa8914a7a1edb5cd8a663c633b8b91b27d978a08f58d69

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-27 04:10:17.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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. FEC163142

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6a3ce1c11d5648aa20d3fc8730fec5fc06e1394288f48d2dc66003100c8b3df4e81f9c14d0920890d0e2d9d69ca5a4a3

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
e8374d6bc2075951d7688f45fac162d232577e6b0adda7f355d54358b63eacd9f32b585b778cdc4d59968d763e8fb3dc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-27 04:10:27.000 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: 2/7/2025 -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 ,2024.08.30	14:43:38	2024.09.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63253

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 182884

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.11 - 15:09	2024.07.11 - 17:21

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1075304095 CELIS REYES MARIA PAULA EDAD : 27 Años

DIRECCION: CALLE 13 N 40-22 NEIVA TELEFONO: 3026618355

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
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	200	200
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.11	873206		SAP				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.11	873206		SAP				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.11	873121		SAP				1	90,400	90,400
21140	COLUMNA CERVICAL	2024.07.11	871010		SAP				1	114,400	114,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.11	890701		SAP				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.11	S22101		ADM				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	507,479	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	507,479

SON: QUINIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.30 02:46:46 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 CAM... ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOP... NIT. 800.110.18...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: ...02-12... por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00053595 Hast... 00080000 AUTORIZA

Cufe: 22442ef38f6bd998a0232bfe5e94053d965161bc231596574368ebe9362f3...d4dd5f3...d1d1431a4a6b389ce032d9

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: ...451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit: ...126 - 6

eSellers

¡Recibido!
18 de Septiembre del 2024
20302806

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 ,2024.08.30	14:43:38	2024.09.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63253

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 182884
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.11 - 15:09 2024.07.11 - 17:21

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075304095 CELIS REYES MARIA PAULA EDAD : 27 Años
DIRECCION: CALLE 13 N 40-22 NEIVA TELEFONO: 3026618355
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
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	200	200
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933606-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.11	873206		SAP				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.11	873206		SAP				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.11	873121		SAP				1	90,400	90,400
21140	COLUMNA CERVICAL	2024.07.11	871010		SAP				1	114,400	114,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.11	890701		SAP				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.11	S22101		ADM				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	507,479	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	507,479

SON: QUINIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.30 02:46:46 PM

REPRESENTANTE LEGAL Aceptada, LA ENTIDAD FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT: 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 22442ef38f6bd998a0232bfe5e94053d965161bc231596574368obc9362f38d4dd5f3a0be21bd1e31a4a6b389ce032d9

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:	63253
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 502,387
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 5,092
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}:

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63253

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
CELIS	REYES

1er.Nombre	2do.Nombre
MARIA	PAULA

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE

No. Documento: 1075304095

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 10/05/1997 Sexo: [X] F [ ] M [ ] O

Direccion: CALLE 13 N 40-22

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3026618355

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 18 CON CALLE 55

Fecha Evento/Accidente: 11/07/2024 Hora: 14:55

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA VTC62G, ES COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: SUZUKI Placa: VTC62G

Tipo de Vehiculo:												
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

Poliza SOAT No 8122233900

Vigencia de la Poliza: Desde: 27/04/2024 Hasta: 26/04/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

19

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CELIS	REYES

1er.Nombre	2do.Nombre
MARIA	PAULA

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1075304095

Direccion: CALLE 13 N 40-22

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3026618355 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CELIS	REYES

1er.Nombre	2do.Nombre
MARIA	PAULA

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1075304095

Direccion: CALLE 13 N 40-22

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3026618355

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:** **Placa Ambulancia:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 11/07/2024 a las 15:09

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

M542 CERVICALGIA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Fecha de Egreso: 11/07/2024 a las 17:21

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

M542 CERVICALGIA

Diagnostico relacionado de Egreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
SERGIO	ANDRES

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
PERDOMO	VARGAS

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1075287614

N·mero de Registro de Medico 1075287614

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	507479	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65118

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CELIS REYES MARIA PAULA

DOC.IDENT:	CC 1075304095	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 13 N 40-22		
FCHA.NACTO:	1997.05.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3026618355
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.11 — HORA DE INGRESO: 15:09
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.07.11 — HORA DE EGRESO: 17:21
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: M542 - CERVICALGIA
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.11-15:33:21 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA VTC62G, ES COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 15+12
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE 11/07/2024, 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

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/81 FC: 93 FR: 20 TEMP: 36.4 TALLA: 170 PESO: 70 IMC: 24 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. NO DOLOR EN MACIZO FACIAL, NO DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
DOLOROSO A LOS ARCOS DE MOVILIDAD Y A LA PALPACION EN HEMICUELLO IZQUIERDO DONDE TAMBIEN PRESENTA EDEMA, NO MASAS,
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO PRESENTA DISNEA SUBJETIVA, NO DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, NO ALTERACION DE MECANICA RESPIRATORIA.
<<ABDOMEN>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65118

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CELIS REYES MARIA PAULA

DOC.IDENT:	CC 1075304095	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 13 N 40-22		
FCHA.NACTO:	1997.05.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3026618355
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOROSO 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. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO: DOLOR A LA PALPACION EN RODILLA CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. MIEMBRO INFERIOR DERECHO: DOLOR A LA PALPACION EN TOBILLO Y PIE CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, NO CEFALEA INTENSA, NO PERDIDA DE LA CONSCIENCIA
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS Y CONTAMINADAS EN HEMICUELLO IZQUIERDO EN CARA ANTERIOR, RODILLA IZQUIERDA, PIE DERECHO EN DORSO Y CARA PLANTAR DE 1ER DEDO DE PIE IPSILATERAL
<<FANERAS>>
NORMAL, SIN LESIONES

** EVOLUCION:

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- REVALORACION CON IMAGENES
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65118

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CELIS REYES MARIA PAULA

DOC.IDENT:	CC 1075304095	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 13 N 40-22		
FCHA.NACTO:	1997.05.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3026618355
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP SC DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.11-15:55:04 MEDICO: / (AUXIL. ADM - ADRIANA MOLINA RAMOS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 15:34 / 15:44 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN CUELLO + RODILLA IZQUIERDA Y TOBILLO DERECHO SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 24.07.11-17:20:11 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL: NO TRAZOS DE FRACTURA, NO LISIS NI LISTESIS, ADECUADA RELACION INTERVERTEBRAL

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.11-17:21:58 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65118

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CELIS REYES MARIA PAULA

DOC.IDENT:	CC 1075304095	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 13 N 40-22		
FCHA.NACTO:	1997.05.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3026618355
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE CON POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, CON ESTUDIOS DE IMAGENES EN APARIENCIA NORMALES, EN EL MOMENTO ESTABLE, SIN DOLOR AGUDO, CURSA CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, SE CONSIDERA DAR MANEJO EN CASA, ANALGESICO, REPOSO, MEDIOS FISICOS, 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.

NOTA: PACIENTE REFIERE QUE NO NECESIDAD INCAPACIDAD LABORAL.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA ETORICOXIB TABLETA 90 MG TOMAR UNA CADA DIA POR 7 DIAS*SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
-CONSULTAR POR URGENCIAS SI TIENE DOLOR AGUDO, TIENE SIGNOS DE INFECCION EN LAS LESIONES, SI NO PUEDE CAMINAR POR EL DOLOR, SI TIENE LIMITACION FUNCIONAL INTENSA QUE NO HA MEJORADO A PESAR DE LOS DIAS, NI PRESENTA DIFICULTAD PQARA RESPIRAR ENTRE OTROS PARA RECONSULTAR.
- 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 TIEMPO INDICADO POR SU MEDICO.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTICO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL ABIERTO CON ORTOPEDIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL
CEFALEXINA 500 MG , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6 DIAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65118

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CELIS REYES MARIA PAULA

DOC.IDENT:	CC 1075304095	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 13 N 40-22		
FCHA.NACTO:	1997.05.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3026618355
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.11-17:21:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: M542 - CERVICALGIA		
RELACIONADO 1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
RELACIONADO 2: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Sergio A. Perdomo Vargas
Médico - USCO
C.C. 1.075.287.614
Sergio A. Perdomo Vargas

DR@. SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS
REG. MED: 1075287614

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182884

Orden de Servicio N·mero: 130-1-182884 **Fecha** 2024/07/11

Nombre Paciente: CELIS REYES MARIA [illegible] 1075304095 **Edad:** 27 **Sexo:** F

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. M542-CERVICALGIA
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE

Diagn%sticos Definitivos:

1. M542-CERVICALGIA
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	MÚdico	Via
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci%n: 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 CUELLO + RODILLA IZQUIERDA Y TOBILLO DERECHO 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,17-Jul-2024 14:06:5

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:** 2024.07.1	15:09
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	27 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1075304095 CELIS REYES MARIA PAULA	1 NIVEL I		NEIVA	CALLE 13 N 40-22	3026618355

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.07.11	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2024.07.11	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2024.07.11	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	1.00
2024.07.11	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2024.07.11	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00

PACIENTE: 1075304095 CELIS REYES MARIA PAULA **EDAD:** 27

DIRECCION: CALLE 13 N 40-22 **TELEFONO:** 3026618355

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64120 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.11 **Nº POLIZA:** 8122233900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 11 de julio de 2024						
15:34:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	NRI	
15:34:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	SUBCUTANEA	DIA	NRI	
15:34:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	NRI	
15:34:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	NRI	
15:34:00	AGUJA HIPODER NO.26 X1 1/2	1.00		DIA	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 7.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: CELIS REYES MARIA PAULA No. Identif. 1075304095 Edad. 27

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.07.11

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	20.00	1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:**	20.00	1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS
* CEFALEXINA 500 MG	**Cant.:**	24.00	1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6 DIAS

Sergio A. Perdomo Vargas
Médico - USCO
C.C. 1.075.287.011

Sergio A. Perdomo Vargas

MEDICO

FARMACIA

Paula Celis R

PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No. 140-1 213511

FECHA EMISION:	2024.07.11
HORA:	17:26:10
PAGINA No:	1

USUARIO: CELIS REYES MARIA PAULA **FECHA DE PEDIDO:** 2024/07/1

DOC.IDENT: CC 1075304095 CAMA: **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS 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	LAS CAJA TABL	CEFALEXINA 500 MG	24.00

TOTAL CANTIDAD: 64.00

Paula Celis R

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.07.25
HORA:	14:53:35
PAGINA No:	1

Numero: 91308 Fecha Ex. 11/07/24 Hora 13:40
Nombre Paciente: 1075304095 CELIS REYES MARIA PAULA
Dirección: CALLE 13 N 40-22 Telefono:3026618355 Edad:27 A Sexo:F
Medico: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie derecho en la que se observan las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares satisfactorias.
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 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 COLUMNA CERVICAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la columna cervical observándose un alineamiento adecuado de la columna cervical en la proyección AP.
La odontoides tiene disposición central.
En la placa lateral los cuerpos vertebrales tienen altura alineamiento y densidad ósea normales.
Los espacios intervertebrales y los contornos óseos del canal medular están conservados.
La articulación atloido odontoidea no muestra alteraciones.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 11/07/2024

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Nuna Paola Celis identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075304095, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde 11-07-24 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

Paula Celis

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

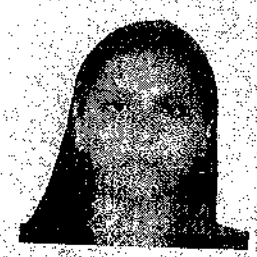
Firma
Nombre:
c.c.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.304.095
CELIS REYES
APELLIDOS
MARIA PAULA
NOMBRES

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031677269

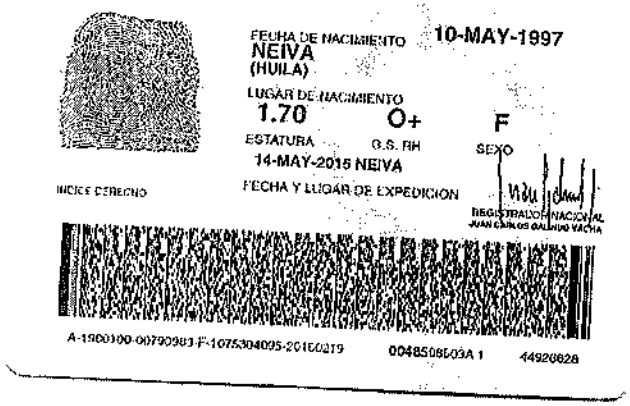
PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VTC62G	SUZUKI	VIVA R STYLE	2025

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
113	NEGRO	PARTICULAR

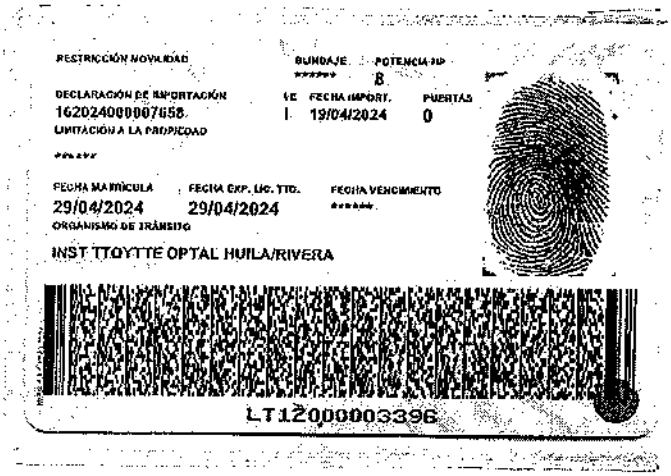
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR E489-253783
REG N
VIN 9FSBE4E10SC103684
NÚMERO DE SERIE
REG N
NÚMERO DE CHASIS 9FSBE4E10SC103684
REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
CELIS REYES MARIA PAULA
IDENTIFICACIÓN
C.C. 1075304095



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1997
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-MAY-2015 NEIVA
INDICE DERECHO FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
A-1900100-00790983-F-1075304095-20150219 0048508509A 1 44920628



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE POTENCIA HP
****** 8
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
16202400007658
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
.
LC FECHA IMPORT. PUERTAS
I 19/04/2024 0
FECHA MATRÍCULA FECHA EXP. LIC. TTO. FECHA VENCIMIENTO
29/04/2024 29/04/2024 ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE OPTAL HUILA/RIVERA
LT1200000396

RUNT

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:	VTC62G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031677269	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	SUZUKI	LÍNEA:	VIVA R STYLE
MODELO:	2025	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E489-253783
NÚMERO DE CHASIS:	9FSBE4E10SC103684	NÚMERO DE VIN:	9FSBE4E10SC103684
CILINDRAJE:	113	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	29/04/2024
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8122233900	26/04/2024	27/04/2024	26/04/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 17/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63253 fechada el dia 24.08.30 cuyo paciente es CELIS REYES MARIA PAULA

HISTORIA No. 1075304095

GLOSA No: ZGL-1-48464 **SINIESTRO:** 63253

>> ITEM GLOSADO 1: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SE ANEXA SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DEPROCEDIMIENTO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA LA REALIZACION DE LA CURACION EN ABRASIONES YA QUE EL PACIENTE PRESENTABA EN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO, LAS CUALES SE LE HACE BARRIDO QUEDANDO LIMPIA Y DESCUBIERTA EL AREA AFECTADA. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: LIF-AGUJA AGUJA HIPODER NO.26 X11/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	200.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	200.00	SE ANEXA HOJA DE APLICACION Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LE FUE APLICADO TRAMADOL MEDICAMENTO QUE PARA SU APLICACION ES NECESARIA DE LA AGUJA HIPODERMICA. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Recibido!
21 de Octubre del 2024
20309285
equidad seguros

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 17/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63253 fechada el dia 24.08.30 cuyo paciente es CELIS REYES MARIA PAULA

HISTORIA No. 1075304095

GLOSA No: ZGL-1-48464 **SINIESTRO:** 63253

>> ITEM GLOSADO 1: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SE ANEXA SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DEPROCEDIMIENTO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA LA REALIZACION DE LA CURACION EN ABRASIONES YA QUE EL PACIENTE PRESENTABA EN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO, LAS CUALES SE LE HACE BARRIDO QUEDANDO LIMPIA Y DESCUBIERTA EL AREA AFECTADA. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: LIF-AGUJA AGUJA HIPODER NO.26 X11/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	200.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

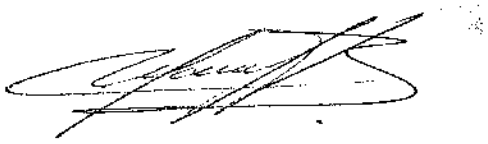
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	200.00	SE ANEXA HOJA DE APLICACION Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LE FUE APLICADO TRAMADOL MEDICAMENTO QUE PARA SU APLICACION ES NECESARIA DE LA AGUJA HIPODERMICA. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	507,479.00
VALOR GLOSADO :	5092.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	5092.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20302806	**No.**	198490	**Siniestro**	90752905	**No. Factura**	FEC163253		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	11/07/2024	**Fecha aviso**	14/07/2024	**Fecha recepción**	18/09/2024	
Fecha formalización	18/09/2024	**Fecha liquidación**	03/10/2024	**Póliza**	812223390	**Vigencia**	27/04/2024	**hast**	26/04/2025
Id tomador	1075304095	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075304095	**Nombre**	MARIA PAULA CELIS REYES						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	M542					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	90,400	0	90,400
1	21140	COLUMNA CERVICAL		100%	114,400	0	114,400
2	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	139,400	0	139,400
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		1,200	200	1,000
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , , , ,	100%	51,379	4,892	46,487

1001	Cobrado	507,479
1002	Obj. Parcial	5,092
1003	Liquidado	502,387

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

PACIENTE: 1075304095 CELIS REYES MARIA PAULA **EDAD:** 27

DIRECCION: CALLE 13 N 40-22 **TELEFONO:** 3026618355

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64120 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.11 **Nº POLIZA:** 8122233900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 11 de julio de 2024						
15:34:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	NRI	
15:34:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	SUBCUTANEA	DIA	NRI	
15:34:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	NRI	
15:34:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	NRI	
15:34:00	AGUJA HIPODER NO.26 X1 1/2	1.00		DIA	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 7.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182884

Orden de Servicio N·mero: 190-1-182884 **Fecha** 2024/07/11

Nombre Paciente: CELIS REYES MARIA [illegible] 1075304095 **Edad:** 27 **Sexo:** F

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS Sala 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. M542-CERVICALGIA
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE

Diagn¾sticos Definitivos:

1. M542-CERVICALGIA
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
5. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN CUELLO + RODILLA IZQUIERDA Y TOBILLO DERECHO 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

Paula Celis L.

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,17-Jul-2024 14:06:5

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: 2024.07.1 15:09
001 0 SOAT 50% DESC		OTRO REGIMEN	27 Años		Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1075304095 CELIS REYES MARIA PAULA	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 13 N 40-22	3026618355

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.11	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2024.07.11	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2024.07.11	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	1.00
2024.07.11	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2024.07.11	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:15:16 PM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163253

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
22442ef38f6bd998a0232bfe5e94053d965161bc231596574368ebe9362f38d4dd5f3a0be21bd1e31a4a6b389ce032d9

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
507479

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
807e870a1376c414763a067d1710ed691babad795505245415 60a3e499a46124d28e638583eff5c36097ab63652bf887

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-30 02:43:46.000 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. FEC163253

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
22442ef38f6bd998a0232bfe5e94053d965161bc231596574368ebe9362f38d4dd5f3a0be21bd1e31a4a6b389ce032d9

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
ae82d3b1456cf302c171cbb9c6ff596c3a7e0d0a5650f3f653268cfc7e85bc6bcc2395be3e497e3313ecc70d99df7e40

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-30 03:45:13.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
04dc00a0986afbbdc6642d6c5c32875f059f83eedfb0817781b1048547c6b84cc84c13feda9277bc546f0df5e5265684

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 12:51:33.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163253

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
22442ef38f6bd998a0232bfe5e94053d965161bc231596574368ebe9362f38d4dd5f3a0be21bd1e31a4a6b389ce032d9

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
f291fb7608411bc893b2446ce0ebda2f569e3f0f46192993a3813f535ab9f37597a12f85103215677674fa136bfa64d2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 12:52:05.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 2016

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.30	15:22:13	2024.09.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63264

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 183852
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRES** **FEC-HORA EGRESO**
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.28 - 21:08 2024.07.29 - 15:57

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO EDAD : 16 Años
DIRECCION: VEREDA CORRALES TERUEL TELEFONO: 3125425646
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	29-Jul-2024	S55101					JAB	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								12	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								6	500	3,000
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,568
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								9	3,758	33,822
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								3	3,387	10,161
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.28	873121					JAB	1	90,400	90,400

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: 18764062712252 De Fecha: 2024-12-17 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5662bb4e1ad6884081ab7561f63db86a7e3cb4ef7419d1869fd739c0be385be3136201...b50550b0fb76382917

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.383.481 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit: 900.390.126 - 6

Recibido!
18 de Septiembre del 2024
20302809

35

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.30	15:22:13	2024.09.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63264

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: 183852
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.07.28 - 21:08
FEC-HORA EGRESO: 2024.07.29 - 15:57

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO
EDAD : 16 Años
DIRECCION: VEREDA CORRALES TERUEL
TELEFONO: 3125425646
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	29-Jul-2024	S55101					JAB	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								12	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								6	500	3,000
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927267-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,568
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19832754-05	CLORURO SODIO AL 0,9X100ML BAXTER								9	3,758	33,822
20087651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19924286-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								3	3,387	10,161
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206					JAB	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.28	873121					JAB	1	90,400	90,400

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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

35

Cufe: 5662bb4e1ad6884081ab7561f63db86a7e3cb4ef7419d1869fd739c0be385bc31362013e2385aeb50550b0fb76382917

Software: GEMA. Fabricante: Intelligencia 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 ,2024.08.30	15:22:13	2024.09.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63264

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.28	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.28	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.28	873121		JAB				1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.07.28	873411		JAB				1	76,700	76,700
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.07.28	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.28	902208						1	34,300	34,300
19749	NITROGENO UREICO	2024.07.28	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.28	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.28	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
CABEST	CABESTRILLO GASA N-A	2024.07.29	CABESTRILL		JAB				1	0	0
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.07.29	935304		JAB				1	77,700	77,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.29	890302		HJC				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.28	890701		JAB				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.28	S22101		VIC				1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.07.29	S22103		JAB				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	1,877,451	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,877,451

SON:UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.30 03:25:27 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5662bb4e1ad6884081ab7561f63db86a7c3cb4ef7419d1869fd739c0be385be31362013e2385aeb50550b0fb76382917

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:	63264
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,757,359
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 120,092
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

602

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63264

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
PENCUE	GUAR

1er.Nombre	2do.Nombre
CRISTIAN	DEMETRIO

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC [X] TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1084923326

De: 41801 Fecha de Nacimiento: 04/10/2007 Sexo: F [X] M O

Direccion: VEREDA CORRALES

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125425646

Municipio: TERUEL Cod. 801

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 [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 5 VIA TERUEL PALERMO VEREDA ALMORZADERO

Fecha Evento/Accidente: 28/07/2024 Hora: 16:24

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TERUEL Cod. 801 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMQ33G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN SEMOVIENTE 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: PMQ33G

Tipo de Vehiculo: Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8117167000 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 24/08/2023 Hasta: 23/08/2024

38

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

ARIAS (1er.Apellido o Razon Social)	LEIVA (2do.Apellido)
RUSBERY (1er.Nombre)	(2do.Nombre)

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 1022358033

Direccion: VEREDA LOS PINOS
Departamento: HUILA Cod. 41
Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: 3103052112 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

SUAREZ (1er.Apellido)	TABARES (2do.Apellido)
DAYAN (1er.Nombre)	ESTIVEN (2do.Nombre)

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 1000064469

Direccion: VEREDA LOS PINOS
Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3103052112
Municipio: PALERMO Cod. 524

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [X] Orden servicio [ ]
Fecha de Remision: 28/07/2024 a las 18:38
Prestador que remite: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE Codigo de inscripcion: 418010026101
Direccion: CARRERA 3 N 3 38 Telefono: 8780303 HUILA-TERUEL
Profesional que Remite: JESUALKDO ARIZA GUERRERO Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 28/07/2024 a las 18:53
Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Codigo de inscripcion: 410010046601
Direccion: CALLE 18 N 6-65 Telefono: 8756349 HUILA-NEIVA
Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN Cargo: MEDICO GENERAL Placa Ambulancia:

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 Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 28/07/2024 a las 21:08
Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
Diagnostico definitivo de Ingreso
S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA
Diagnostico relacionado de Ingreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Fecha de Egreso: 29/07/2024 a las 15:57
Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
Diagnostico definitivo de Egreso
S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA
Diagnostico relacionado de Egreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

JHOAN (1er.Apellido del Medico o Profesional tratante)	ALBEIRO (2do.Apellido del Medico o Profesional tratante)
BAZAN (1er.Nombre del Medico o Profesional tratante)	(2do.Nombre del Medico o Profesional tratante)

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 1061724214
Número de Registro de Medico 1061724214

37

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	187745t	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 — HORA DE INGRESO: 21:08
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.07.29 — HORA DE EGRESO: 15:57
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA
RELACIONADO1: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
RELACIONADO2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.28-22:00:08 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMQ33G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN SEMOVIENTE EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: TERUEL VALORADO A LAS: 21+08 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 28/07/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 16 : 24 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: CEFRADINA, TOXOIDE Y TRAMADOL REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ORTOPEDIA AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA,

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 175 PESO: 72 IMC: 24 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO DERECHO INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO DE MALA CALIDAD EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO Y CABESTRILLO MAS VENDAJE ELASTICO EN 8 MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, SE RETIRA, DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN REGION DE CLAVICULA, IZQUIERDO, MUÑECA, MANO, RODILLA, PIERNA, Y PIE DERECHO , AMBOS HOMBROS Y TOBILLOS, DEFORMIDAD EN CLAVICULA IZQUIERDA, AUMENTO DE VOLUMEN EN TOBILLO DERECHO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES LIMPIAS PARCIALMENTE EN: REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR).

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 5 HORAS, REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

32

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS:
APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS INICIO A LAS 00 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS INICIO A LAS 00 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: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS
- PASAR A SALA DE YESO POSTERIOR A INMOVILIZACCION, NO MOJAR INMOVILIZACCION Y MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.28-22:36:42 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:02 / 22:10 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

31

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN TOBILLO IZQUIERDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

***** FECHA: 24.07.29-00:22:12 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 CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: FRACTURA DE CLAVICULA.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: 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.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

***** FECHA: 24.07.29-00:23:50 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 00:00 / 00:05 DURACION: 00:04

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

30

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

***** FECHA: 24.07.29-00:23:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*****

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.07.29-01:21:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*****

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PARACLINICOS DE: 28/07/2024
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 12.48 %NEUTROFILOS: 57.3 % LINFOCITOS: 33.3 HEMOGLOBINA: 15.4 %HEMATOCRITO: 44.5 MCV: 84.8 MCH: 29.4 PLAQUETAS: 288.000 TIEMPOS: TP: 12.90 TPT: 29.40 INR: 0.87 CREATININA : 07 BUN: 17

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. , BUENA FUNCION RENAL. TIEMPOS NORMALES.

***** FECHA: 24.07.29-06:28:10 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*****

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 110/70 FR: 18 T: 36.5, P: 81 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 24.07.29-15:56:11 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*****

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON DIAGNÓSTICOS DE:

29

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

1 --- FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2--- - CONTUSIONES Y ABRASIONES.

SIGNOS VITALES ESTABLES: TA: 120/70 FR: 18 RPM, T: 36.8 GRADOS, SATO: 98% PULSO: 74 LXM.
DOLOR A LA PALPACION CRANEOFACIAL.
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.
VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
NO SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN SIN DOLOR.
PELVIS ESTABLE.
NEUROLOGICAMENTE ESTABLE.
PIEL: REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA.

A NIVEL DE: HOMBRO, MUÑECA, MANO, RODILLA, PIERNA, Y PIE DERECHO , AMBOS TOBILLOS, PRESENTA: LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD, MAYOR EN HOMBRO IZQUIERDO, DEFORMIDAD EN CLAVICULA IZQUIERDA, MAS LIMITACIÓN FUNCIONAL Y AUMENTO DE VOLUMEN, PERFUSION DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS.

RX:
1 --- FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA.
2--- RESTO DE RADIOGRAFIAS NORMALES.

PACIENTE CON MULTIPLES CONTUSIONES Y ABRASIONES, MAS FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA. CON INDICACION QUIRURGICA SE PROGRAMA OSTEOSINTESIS. EN EL MOMENTO ESTABLE POSTERIOR A CIRUGIA SE HOSPITALIZA PARA CONTINUAR MANEJO.

** ORDENES Qx:

TIPO DE CIRUGIA: OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA.
FECHA: MARTES 30/07/2024
MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: PLACA BLOQUEADA DE CLAVICULA TRAER SET DE PLACAS Y TORNILLOS.
TIEMPO QUIRÚRGICO: 45 MINUTOS.
HOSPITALIZADO

CONDUCTA:
MANTENER INMOVILIZACCION
1 -- HOSPITALIZAR
2 -- CONTINUAR MANEJO ANALGESICO.
3 ---PROGRAMR OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA
4 ---HOSPITALIZAR POSTERIOR A CIRUGIA DE DEDO MANO DERECHA
5 ---SEGUIMIENTO.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.29-15:57:51 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

28

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO REMITIDO DE PRIMER NIVEL AL INGRESO SE RELIZA MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:
1 --- FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2--- CONTUSIONES Y ABRASIONES.

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, VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN HOSPITALIZA PARA OTS MAÑANA . SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
TRASLADO A HOSPITALIZACCION.

***** FECHA: 24.07.29-15:57:58 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.29-15:57:53 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA	CERRADA	

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico Cirujano
UNICAUCA
Reg. 1.061.724.214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183852

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183852 **Fecha** 2024/07/28

Nombre Paciente: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO - 1084923326 **Edad:** 16 **Sexo:** M

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Diagn%sticos Definitivos:

1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Descripcion de las Intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	VIC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci%n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN TOBILLO IZQUIERDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

Valentina IC
QUIEN REALIZA

Dora Pmerth
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,13-Ago-2024 09:44:5

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:** 2024.07.2 21:08

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 16 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO 1 NIVEL I TERUEL VEREDA CORRALES 3125425646

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.28	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2024.07.28	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2024.07.28	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2024.07.28	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2024.07.28	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183852

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183852 **Fecha** 29/07/2024

Nombre Paciente: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO - 1084923326 **Edad:** 16 **Sexo:** M

Quien Realiza: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	JAB	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,13-Ago-2024 09:44:5

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:** 2024.07.2	21:08
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	16 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**	
1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO	1 NIVEL I	TERUEL	VEREDA CORRALES	3125425646	

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.29	CLI	CABESTRIL	CABESTRILLO GASA	JAB	1.00

PACIENTE: 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA CORRALES **TELEFONO:** 3125425646

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64401 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.26 **Nº POLIZA:** 8117167000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 28 de julio de 2024					
22:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:01:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:01:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	MFA	
22:01:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		NOCHE	MFA	
22:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	MFA	
22:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MFA	
22:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
22:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 21.00

FECHA DEL CONTROL :	lunes, 29 de julio de 2024					
06:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:01:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFA	
06:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MFA	
06:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
06:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
10:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
14:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:01:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	MFA	
14:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	MFA	
14:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFA	
14:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 30.00

22

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202407280015

PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

202407280015

Documento	: TI1084923326	Género	: Masculino
F. Nacimiento	: 2008-07-28	Edad	: 16 Años
Dirección	:	Teléfono	:
EPS			

Sede	Servicio : URGENCIA
Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Municipio	
F. Ingreso : 2024-07-28 11:29:09 pm	F. Impreso : 2024-07-28 11:51:51 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	12.48	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	5.24	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	15.4	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	44.5	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	84.8	fl.	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	29.4	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.6	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	288	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	57.3	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	33.3	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	7.4	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	2.00	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	7.15	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	4.15	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.93	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.25	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	9.3	fl.	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	39.3	fl.	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.0	%	11.5 - 14.5
PDW	15.7		
PCT	0.269	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	17.00	mg/dl	9.00 - 20.00
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.7	mg/dl	0.7 - 1.3

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202407280015

PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

202407280015

Documento	: TI1084923326	Género	: Masculino
F. Nacimiento	: 2008-07-28	Edad	: 16 Años
Dirección	:	Teléfono	:
EPS			

Sede		Servicio	: URGENCIA
Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS		
Municipio			
F. Ingreso	: 2024-07-28 11:29:09 pm	F. Impreso	: 2024-07-28 11:51:51 pm

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	12.90	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	29.40	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.87		

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

MARIA GICELA RAMIREZ

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8e116681bf8e196b8b2bfdac43b75a22bf40f063648ce26f3455c2e3ccfbad22a1344063eae4fe9f57580cbcb04a1507

Número de Factura: FE-10878
Fecha de Emisión: 06/08/2024
Fecha de Vencimiento: 05/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800110181
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CALLE 18 6 65
Teléfono / Móvil: 8756349
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	IC	%	Precio unitario de venta
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	NIU	1,00	$ 14.357.340,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 14.357.340,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JULIO DE 2024 21 AL 31
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-08-06 14:19:55
Documento generado el: 2024-08-06 14:19:54
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	14.352.340,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	14.352.340,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0,00
Total Impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	14.352.340,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 14.352.340,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICA ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422862-8

LA SUMA DE CATORCE MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS CUARENTA PESOS MCTE ($14.357.340)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLINICOS PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JULIO DE 2024 (21 AL 31)

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
STIVEN MUÑOZ CHAUX										
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	UROANALISIS	$ 21,900
DAYANA LIZETH CUELLAR LOSADA										
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
MARGOT CASTILLO QUIROGA										
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300

202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	$ 35,900
202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
FRANCISCO GARZON TOVAR										
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR										
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARES										
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

202407310081	CLINICA DE FRACTURAS	1075304489	SEBASTIAN		HERMOSA	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407310081	CLINICA DE FRACTURAS	1075304489	SEBASTIAN		HERMOSA	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
									TOTAL	***$ 15,952,600***
									DESCUENTO DEL 10%	***$ 1,595,260***
									TOTAL A CANCELAR	***$ 14,357,340***

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 24.08.22
HORA: 08:11:45
PAGINA No: 1

Numero: 91819 Fecha Ex. 28/07/24 Hora 15:24
Nombre Paciente: 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO
Dirección: VEREDA CORRALES Telefono:3125425646 Edad:16 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP de la clavícula izquierda observándose fractura fragmentada desplazada y cabalgada del tercio medio de la clavicula.

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 PIE DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Moderado edema de los tejidos blandos del ante pié.
No se anotan otras alteraciones.

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 HOMBRO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro izquierdo observándose imagen de fractura del tercio medio de la clavícula.
Moderado 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 usuales.
No se identifican focos de fracturas de estas estructuras óseas.
Hay edema de los tejidos blandos de la pierna.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

1A

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.22
HORA:	08:11:45
PAGINA No:	2

Numero: 91819 Fecha Ex. 28/07/24 Hora 15:26
Nombre Paciente: 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO
Dirección: VEREDA CORRALES Telefono:3125425646 Edad:16 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE PELVIS

***HALLAZGOS**

Proyección AP neutra de la pelvis observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto satisfactorio y relaciones articulares conservadas.
El anillo óseo pélvico, la sínfisis del pubis y las ramas iliacas no muestran cambios.
Las articulaciones coxofemorales tienen aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del cuello del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.
No se descarta la posibilidad de esguince.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y oblicua de la mano derecha en la que no se advierten alteraciones osteoarticulares traumáticas recientes.
Hay edema de los tejidos blandos de la mano.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 28 JULIO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo DORA YINETH PENCUE GUAR identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR, con identificación No. 1084923526, 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 28/07/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Dora Yineth Pencue

Firma Dora Yineth P
Nombre:
c.c. 1084922605

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

12

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
NIT. 813010472-5
CARERA 3 3-38 (Tel:8780303)

Remisiones
202407280007 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 28 MES 07 AÑO 2024 **Autorización:** x
No. de Historia Clínica RC1084923326
Sede ESE HOSPITAL SAN ROQUE Código 418010026101
Institución a la que se remite - Código 000000

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
CRISTIAN DEMETRIO	PENCUE	GUAR	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1084923326
Dirección B/OBRERO Teléfono _____ Edad 16 Ano(s)
Municipio TERUEL Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 04/10/2007
Estado Civil _____

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso
D 28 M 07 A 2024
Fecha de Egreso
D 28 M 07 A 2024

Servicio que Remite		Especialidad
Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Consulta Externa		
Hospitalización		
Otro		

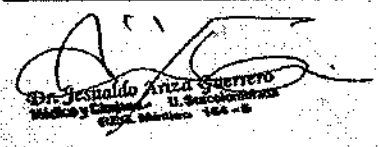
Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Remisión

Nivel de Competencia	X
No hay Recurso Humano	
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	
Otro	

Médico que Remite

Nombre JESUALDO ARIZA GUERRERO
Firma y Sello



C.C 84079982
Registro Médico _____

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL DE PLACAS EQU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUI EN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO: CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE PARRILLERO DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEB TE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRES ENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACION ALA MOVILIDAD DE HO MBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN TOBILLO DERECHO CON IMPOSIBILIDAD PARA EL APOYO DE PIE DERECHO; POR LO CUAL ES TR AIDO. SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSITO:COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE: FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, F RACTURA DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO DERECHO; POR LO CUAL SE INIDICA INICIAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBIOTICA, ANTITETANIC A, INMOVILIZACION DE CLAVICULA IZQUIERDA, INMOVILZIACION DE TOBILLO DERECHO; REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORT OPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBILLO DERECHO, HOMBRO DERECHO; SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE Y MADRE DEL MENOR DICEN ENTENDER Y ACEPTAN. PLAN, NADA VIA ORAL SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA. CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS,D:0. FI: 28-07-24,. DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS TRAMADOL 50MG SC AHORA TETANOL UNA AMPOL LA IM AHORA, INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABES TRILLO CURACION DE HERIDAS REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBILLO DERECH O, HOMBRO DERECHO

Nivel de Competencia

Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1		2		3	X	4	

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 18:38 Hora 18 Minutos 38

Nombre de la persona que solicita la Remisión

JESUALDO ARIZA GUERRERO (MEDICINA)

Hora Confirmación 18:38 Hora 18 Minutos 38

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL; PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	V205
FRACTURA DE LA CLAVICULA	S420
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA	S823
CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S400

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE PARRILLERO DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN TOBILLO DERECHO CON IMPOSIBILIDAD PARA EL APOYO DE PIE DERECHO; POR LO CUAL ES TRAIDO.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
125/85	100	36.00	20	165.0	70.00	

Hallazgos del Examen Físico

ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CONSCIENTE,ORIENTADO EN TRES ESFERAS; AFEBRIL, HIDRATADO,ANICTERICO, ALGIDO, MARCHA ANTALGICA **Cabeza:**Normal NORMOCEFALO PINRL MUCOSAS HUMEDAS Y RODASA, ESCLERAS ANICTERICAS - **Cuello:**Anormal EDEMA, EQUIMOSIS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA , PULSOS ADECUADOS - **Torax:**Normal RUIDOS CARDICOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO CONSERVADOSIN AGREGADOS, NO TIRAJES. - **Abdomen:**Normal BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL - **G/U:**Normal PUÑO PERCUSIÓN RENAL NEGATIVA BILATERAL - **Extremidades:**Anormal EDEMA, EQUIMOSIS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA EDEMA , DOLOR Y CREPITANCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO DERECHO, ESCORIACION SUPERFICVAL EXTENSA PERIMALEOLAR EXTERNA IZQUIERDA CONTUSION Y DOLOR A LA MOVILIZACION DE BRAZO DERECHO SIN DEFROMIDAD ÓSEA APARENTE ; PULSOS DISTALES PRESENTES , PERFUSION DISTAL ADECUADA - **Neurológico:**Normal CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW15/15 - **Nariz:**Normal - **Oidos:**Normal - **Boca:**Normal MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA - **Ojos:**Normal PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVOS A LA LUZ, ESCLERAS NO ICTERICAS - **Piel:**Normal DESCRITO EN EXTREMIDADES - **Ano:**Normal - **Osteomuscular:**Normal

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

(9005) TAB EN AMBULANCIA POR KM DIA **Observación:** PACIENTE QUIEN ES RECOGIDO EN EL KILOMETRO 5 VIA VEREDA ALMORZADRO POR AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA, CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIL OEU 860, CONCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO. (38915) Sala de observacion Primer Nivel **Observación:** SE TRASLADA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTO A LA SALA DE OBSERVACION HOMBRES EN CAMA CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE ESTA SABANA LIMPIA Y SABANAS DE MOVIMIENTO Y CUIDADOS, SE INFORMA SOBRE SU ESTANCIA, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS HACIA ARRIBA CON TRATAMIENTO SE LE EXPLICA AL USUARIA Y FAMILIAR EL LLAMADO DE ENEFERMERIA Y LAS HORAS DE VISITAS, PEDIENTE REVALORACION POR MEDICO DE TURNO Y DEFINIR CONDUCTA PACIENTE

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (805B801) Sodio Cloruro 0.9% *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-1066) Equipo de Macrogoteo *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10126) Catéter No. 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10114) Jeringas 1ml *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02AX0202) Tramadol 50mg Ampollas *Dosis:* 1; *Medicamento:* (J07AM51) Toxoide Tetanica 0.5ml Ampollas *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10107) Venda Elástica 6x5 *Dosis:* 1;

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
CARERA 3 3-38 - Tel:8780303
Nit. 813010472-5
RESUMEN EPICRISIS
Desde: 28 de Julio de 2024 Hasta 28 de Julio de 2024
TI 1084923326 - CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	04/10/2007 - 16 Año(s)
Género:	Masculino
RH	No Aplica
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	No Definido
Ocupación:	No Aplica
Estado civil:	
Grupo de atención:	Otro
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:	Teruel
Dirección:	B/obrero
Telefono:	

Administradora	Tipo de usuario
ASMET SALUD EPS SAS	Subsidiado POS

Atención: 202407280007

Fecha y Hora de Ingreso: 28/07/2024 18:05:34

Identificación:	TI 1084923326	Edad en la atención:	16 Año(s)
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS	Nombre:	CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR
Poliza:		Tipo de Usuario:	Soat
Servicio de Ingreso:	Urgencias Ambulatorio	Autorización:	

Datos del acompañante

Tipo:	Otro	Nombre:	P	Dirección:	B/obrero	Telefono:	0000000000

TRIAGE

• Triage

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:31:38 **Profesional:Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .)** **Identificación:** CC 84079982

Motivo: ME ACCIDENTE PORQUE SE ME ATRAVESO UNA VACA

Signos Vitales

Peso:70.00 Kg Talla:165.0 cm MC:25.71 Kg/m^2 FC:100 Min. FR:20 Min. Temp:36.00 °C PA:125/85 TM: 98 Saturación:96.00 %

Hallazgos Clinicos: EDEMA, EQUIMOSIS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA EDEMA , DOLOR Y CREPITANCIA ? SEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO DERECHO, ESCORIACION SUPERFICVAL EXTENSA PERIMALEOLAR EXTERNA IZQUIERDA CONTUSION Y DOLOR A LA MOVILIZACION DE BRAZO DERECHO SIN DEFROMIDAD ?SEA APARENTE

Impresión Diag: V205 MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Clasificación: Triage I

Conducta: Urgencias.

• Notas Medicas

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:36:30 **Profesional: Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .)** **Identificación:CC 84079982**

Nota

EDEMA, EQUIMOSIS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA
EDEMA , DOLOR Y CREPITANCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE MALEOLO EXTERNO DE T OBILLO DERECHO, ESCORIACION SUPERFICVAL EXTENSA PERIMALEOLAR EXTERNA IZQUIERDA
CONTUSION Y DOLOR A LA MOVILIZACION DE BRAZO DERECHO SIN DEFROMIDAD ÓSEA APARENTE

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPO NDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE PARRILLERO DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA P MQ33G DE COLOR NEGRO MATE; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADE RO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIES A SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE D E LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA. LIMITACIÓN ALA MOVIL IDAD DE HOMBRO IPSILATERAL. ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN TOBILLO DERECHO CON IMPOSIBILIDAD PARA EL APOYO DE PIE DERECHO; POR LO CUAL ES TRAIDO. SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSIT O COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, FR ACTURA DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO DERECHO; POR LO CUAL SE INIDICA INICIAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBIOTICA, ANTITETANICA, INMOVILIZACION DE CLAVICULA IZQUIERDA, INMOVILIZACI ÓN DE TOBILLO DERECHO; REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO. RADIOLOGICOS RX DE TOBILLO DERECHO, HOMBRO DERECHO; SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDI CAS A PACIENTE Y MADRE DEL MENOR DICEN ENTENDER Y ACEPTAN.
PLAN.
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
CURACION DE HERIDAS
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBI LLO DERECHO, HOMBRO DERECHO

• Notas Enfermeria

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:54:57 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579

Nota

INGRESA USUARIO MASCULINO CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR DE 16 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑÍ A DE FAMILIAR PACIENTE A VALORACION CEFALCUADAL CONSIENTE, ALERTO Y ORIENTADO, COLABO RADOR QUE REFIERE "ME ACCIDENTE PORQUE SE METIO UNA VACA " SE PASA SALA DE PROCEDIMIENT OS, CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, SE REDIRECCIONA AL PUNTO DE TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMEROS NORMALES, SE LE ENSEÑ AN AL MEDICO DE TURNO Y ORDENA.

PLAN:
NADA VIA ORAL
SSN 0,9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
CURACION DE HERIDAS
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBILL O DERECHO, HOMBRO DERECHO

• Prescripcion

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:56:03 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Indentificación:** CC 1007273579

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia		Duracion	T.Dosis	Entregar
B05BB01	Sodio Cloruro 0.9% SoluciÃ³n Inyectable Solucion Inyectable 500 ML	1000.00 ML	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 BOL.
•								
MQ-1066	Equipo de Macrogoteo Equipo de Macrogoteo	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-10126	CatÃ©ter No. 20 CatÃ©ter Intravenoso No. 20	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-10114	Jeringas 1ml Jeringas 1ml	2.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 UNI.
Nota: *								
N02AX0202	Tramadol 50mg Ampollas Tramadol 50mg Ampollas Solucion Inyectable 50 MG/ML	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
•								
J07AM51	Toxoide Tetanico 0.5ml Ampollas Toxoide Tetanico Solucion Inyectable 0.5ML	1.00 ML	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 AMP.
•								
MQ-10107	Venda ElÃ¡stica 6x5 Venda ElÃ¡stica 6x5	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-10110	VENDA ALGODÃ"N 6 X 5	2.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 UNI.
Nota: *								
MQ-10113	Venda Yeso 6x5 Venda Yeso 6x5	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
N02BB02	Dipirona 1gr Ampollas Dipirona SÃ³dica 1gr Ampollas Solucion Inyectable 40 - 50 %	2.00 GRAMOS	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 AMP.
•								

Observaciones:

• Medicamentos

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	28/07/2024	18:58:11	B05BB01	Sodio Cloruro 0.9%	NO APLICA	1000.00 ML	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	18:58:17	J07AM51	Toxoide Tetanico 0.5ml Ampollas	NO APLICA	1.00 ML	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	18:58:23	N02BB02	Dipirona 1gr Ampollas	NO APLICA	2.00 GRAMOS	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	18:58:27	N02AX0202	Tramadol 50mg Ampollas	NO APLICA	1.00 UNID	KAREN NATALIA LAGUNA

• Materiales

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	28/07/2024	18:58:34	MQ-1066	Equipo de Macrogoteo	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
2	28/07/2024	18:58:35	MQ-10126	Catéter No. 20	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**

3	28/07/2024	18:58:36	MQ-10114	Jeringas 1ml	2	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
4	28/07/2024	18:58:37	MQ-10107	Venda Elástica 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
5	28/07/2024	18:58:38	MQ-10110	VENDA ALGODÓN 6 X 5	2	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
6	28/07/2024	18:58:39	MQ-10113	Venda Yeso 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	28/07/2024	18:58:34	MQ-1066	Equipo de Macrogoteo	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
2	28/07/2024	18:58:35	MQ-10126	Catéter No. 20	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
3	28/07/2024	18:58:36	MQ-10114	Jeringas 1ml	2	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
4	28/07/2024	18:58:37	MQ-10107	Venda Elástica 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
5	28/07/2024	18:58:38	MQ-10110	VENDA ALGODÓN 6 X 5	2	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
6	28/07/2024	18:58:39	MQ-10113	Venda Yeso 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

URGENCIAS

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:59:10 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 1
Cod: 9005 Nomb: TAB EN AMBULANCIA POR KM DIA Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PACIENTE QUIEN ES RECOGIDO EN EL KILOMETRO 5 VIA VEREDA ALMORZADRO POR AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA, CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIL OEU 860, CONCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:00:53 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 2
Cod: 38915 Nomb: Sala de observacion Primer Nivel Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE TRASLADA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTO A LA SALA DE OBSERVACION HOMBRES EN CAMA CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE ESTA SABANA LIMPIA Y SABANAS DE MOVIMIENTO Y CUIDADOS, SE INFORMA SOBRE SU ESTANCIA, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS HACIA ARRIBA CON TRATAMIENTO SE LE EXPLICA AL USUARIA Y FAMILIAR EL LLAMADO DE ENEFERMERIA Y LAS HORAS DE VISITAS, PEDIENTE REVALORACION POR MEDICO DE TURNO Y DEFINIR CONDUCTA PACIENTE

- **Notas Enfermeria**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:01:15 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579
Nota

SE PASA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSO NAL, SE UBICA PACIENTE EN POSICION COMODA SE LE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO DE CANALIZACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS QUIEN ATIENDE DE MANERA CORRECTA, SE REALIZA PRE VIA ASEPSIS DE MANOS SE OBSERVA ZONA DE PUNSION, SE CANALIZA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERD O VENA CEFALICA INFERIOR CON CATETER N° 20 CON EQUIPO DE MACAROGOTEO EN BUEN ESTADO Y MEDICAMENTOS CORRECTOS SE REGRISTRA EN FORMATO DE VENOPUNCION , SE TRASALADA A SALA D E OBSERVACION HOMBRES. PENDIENTE REVALORAR Y DEFINIR CONDUCTA.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:05:02 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579
Nota

SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS DE URGENICAS CON LOS ELEMENTOS DE PROTECC ION PERSONAL, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA DE CUBIDO SUPINO SE LE INFORMA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR SE LE ESXPLICA QUE PREVIA A LA VALORACION DEL MIEMBRO COMPROMETIDO EL MEDICO VALORARA LA GRAVEDAD DE LA HERIDA, SE REALIZA PREVIO LAVADO DE MANOS; SE PROCEDE A LIMPI AR HERIDA CON SSN 0.9% + ISODINE ESPUMA + ISODINE SOLUCION + APOSITOS Y COMPRESAS, SE PRO CEDE A INMOVILIZAR CON VENDAS DE ALGODÓN+ VESNDA ELSATICA, YESO SE REQUIERE LA CANTIDA D NECESARIA SE CUBRE EL MIEMBRO AFECTADO DE RECUBRE LA HERIDA CON VENDAJE SIMPLE A POCA COMPRESION; SE LE EXPLICAN CUIDADO POS-INMOVILIZACION Y PACIENTE ENTIENDE.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:14:00 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579
Nota

NOTA ACLARATORIA DEL INGRESO

USUARIO MASCULINO CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR DE 16 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA RECO GIDO POR AMBULANCIA EN TRIPULACION DE AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIL OEU 860 EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR PACIENTE A VALORACION CEF ALCUADAL CONSIENTE, ALERTO Y ORIENTADO, COLABORADOR QUE REFIERE "ME ACCIDENTE PORQUE SE ME ATRAVESO UNA VACA " SE PASA A SALA DE PROCEDIMIENTOS, CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS D E PROTECCIÓN PERSONAL, SE REDIRECCIONA AL PUNTO DE TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE E NCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMEROS NORMALES, SE LE ENSEÑAN AL MEDICO DE TURNO SE ORDEN A

PLAN.
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
CURACION DE HERIDAS
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBI LLO DERECHO, HOMBRO DERECHO

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:20:11 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982
N°: 3
Cod: 39221 Nomb: Derechos de sala de yesos Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE REALIZA INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO EN POSICION ANATOMICA +VENDAJE ELASTICO; NO COMPLICACIONES.

VENDAJE DE YESO 6X5 #1

VENDAJE DE ALGODON LAMINADO 6X5 #2

VENDAJE ELASTICO 6X5 #1

ADEMAS INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:24:19 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982
N°: 4
Cod: 37401 Nomb: Curación simple con inmovilización Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:37:35 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 5
Cod: 37401 Nomb: Curación simple con inmovilización Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:39:28 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 6
Cod: 39221 Nomb: Derechos de sala de yesos Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE REALIZA INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO EN POSICION ANATOMICA +VENDAJE ELASTICO; NO COMPLICACIONES.

VENDAJE DE YESO 6X5 #1

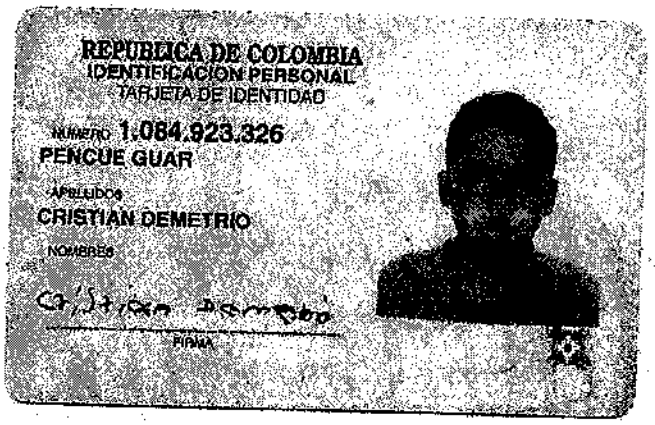
VENDAJE DE ALGODON LAMINADO 6X5 #2

VENDAJE ELASTICO 6X5 #1

ADEMAS INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:48:04 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 7
Cod: 9004 Nomb: TAB EN AMBULANCIA REMISIONES NOCHE DOMINGOS Y FESTIVOS Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PACIENTE QUIEN ES ACEPTADO EN CLINICA DE FRACTURAS, SALE EN REMISION CON AUXILIAR FRANCY SALAZAR, CONDUCTOR ESTEBAN GAMARRA EN LA MOBIL OEU 860.



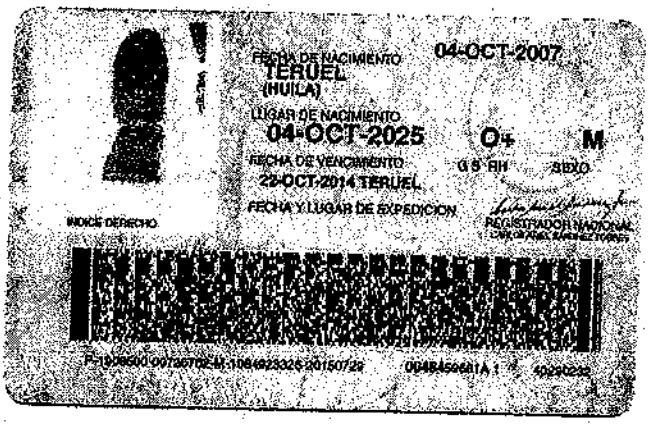
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.084.923.326
PENCUE GUAR

APELLIDOS
CRISTIAN DEMETRIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-2007
TERUEL
(HUILA)

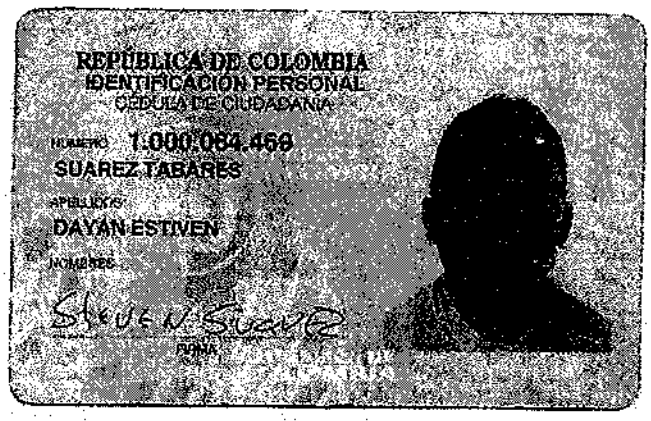
LUGAR DE NACIMIENTO

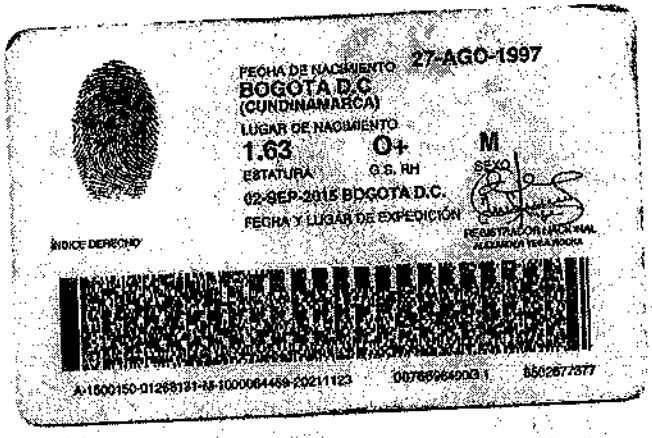
04-OCT-2025 O+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
22-OCT-2014 TERUEL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.000.084.468
SUAREZ TABARES
APELLIDOS
DAYAN ESTIVEN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
02-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01268131-M-1000084468-20211123
0076564003 1
8502677377

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029861248

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PMO33G	AKT	AK125NKD EIII	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO MATE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG(S)
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: 157FMI0933233E3

REG: N

VIN: 9F2D61250RB026989

NÚMERO DE SERIE:

REG: N

NÚMERO DE CHASIS: 9F2D61250RB026989

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ARIAS LEIVA RUSBERY

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1022358033

RESTRICCIÓN MOVILIDAD:

BLINDAJE: NIVEL

POTENCIA HP: 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902023000130428

NO.: 1

FECHA IMPORT.: 15/08/2023

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.S

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
25/08/2023	25/08/2023	Ilimitada

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTO/TTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT07002691158

2

RUNT 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:	**PMQ33G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10029861248**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125NKD EIII**
MODELO:	**2024**	COLOR:	**NEGRO MATE**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMI098323E3**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D51250RB026989**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D51250RB026989**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**25/08/2023**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**SI**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8117167000	23/08/2023	24/08/2023	23/08/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 19/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63264 fechada el dia 24.08.30 cuyo paciente es PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

HISTORIA No. 1084923326

GLOSA No: ZGL-1-48552 **SINIESTRO:** 63264

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	19800.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	19800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-19749- NITROGENO UREICO

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	16500.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

Recibido!
28 de Octubre del 2024
20310522
equidad seguros

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 19/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63264 fechada el dia 24.08.30 cuyo paciente es PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

HISTORIA No. 1084923326

GLOSA No: ZGL-1-48552 **SINIESTRO:** 63264

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	19800.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	19800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-19749- NITROGENO UREICO

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	16500.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	16500.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	49500.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	49500.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

---

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	28800.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	28800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.

>> ITEM GLOSADO 5: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DEPROCEDIMIENTO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA LA REALIZACION DE LA CURACION EN ABRASIONES QUE EL PACIENTE PRESENTABA LAS CUALES SE LE HACE BARRIDO QUEDANDO LIMPIA Y DESCUBIERTA EL AREA AFECTADA. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 6: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	600.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	600.00	SE ANEXA HOJA DE APLICACION Y SIMINISTRO DE MEDICAMENTO

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE POR CRITERIO MEDICO ES DEJADO EN OBSERVASION Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,877,451.00
VALOR GLOSADO :	120092.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	120092.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 13 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20302809	**No.**	199326	**Siniestro**	90755459	**No. Factura**	FEC163264		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	28/07/2024	**Fecha aviso**	29/07/2024	**Fecha recepción**	18/09/2024	
Fecha formalización	18/09/2024	**Fecha liquidación**	03/10/2024	**Póliza**	811716700	**Vigencia**	24/08/2023	**hast**	23/08/2024
Id tomador	1022358033	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1084923326	**Nombre**	CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T141					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	95,500	0	95,500
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MÁS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS	NO SE RECONOCE 19290 Y 19749 NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	19,800	19,800	0
1	19749	NITRÓGENO URÉICO	NO SE RECONOCE 19290 Y 19749 NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	16,500	16,500	0
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	77,700	0	77,700
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	71,500	0	71,500
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	95,500	0	95,500
1	21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS Y COXO FEMORALES		100%	76,700	0	76,700
4	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE 1.21102 (HOMBRO) Y 1.21101 (TOBILLO) Y SE HOMOLOGAN A 2.21106 DE ACUERDO A LESIONES PRESENTADAS Y ESTUDIOS PERTINENTES. /	100%, 100%	361,600	49,500	312,100
6	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	NO SE RECONOCE 1.21102 (HOMBRO) Y 1.21101 (TOBILLO) Y SE HOMOLOGAN A 2.21106 DE ACUERDO A LESIONES PRESENTADAS Y ESTUDIOS PERTINENTES. /	100%, 100%	418,200	28,800	389,400
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		19,800	600	19,200
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , , ,	100%	138,851	4,892	133,959

1001	Cobrado	1,877,451
1002	Obj. Parcial	120,092
1003	Liquidado	1,757,359

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:15:40 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. FEC163264

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5662bb4e1ad6884081ab7561f63db86a7e3cb4ef7419d1869fd739c0be385be31362013e2385aeb50550b0fb76382917

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1877451

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
abe37cebf8a49396fcbde8b30df8f38c04bf7ead9f17a1f76f6d3d459a15f3e2f6d6ae15158fc21fb17fa675765ade3f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-30 03:22:27.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163264

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5662bb4e1ad6884081ab7561f63db86a7e3cb4ef7419d1869fd739c0be385be31362013e2385aeb50550b0fb76382917

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7518fbb84ffe908a6537bdce9f1b657a1a956eafa9e2acbf0738a8470764c03f487e6908c22288f1bb5a0636fcbce08e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-30 03:50:48.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
6b38255c4de4543906590f4d69552004f46d747cc3a8eefd2c65c309b77ba917d708faa5d151952f1f6e581dfd247206

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 12:13:45.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:15:40 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. FEC163264

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5662bb4e1ad6884081ab7561f63db86a7e3cb4ef7419d1869fd7
39c0be385be31362013e2385aeb50550b0fb76382917

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
9a0767159aa5d4e8cf692a1094c722e2cafc0ce556438b359ba2
61d1459709837021da4fcf90cc0d813df96928b27758

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 12:13:56.000 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: 2/7/2025 -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 ,2024.08.30	15:23:42	2024.09.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63265

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 183880,183924
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.07.26 - 21:08
FEC-HORA EGRESO: 2024.07.31 - 09:05

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO
EDAD : 16 Años
DIRECCION: VEREDA CORRALES TERUEL
TELEFONO: 3125425646

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
13739	REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87	30-Jul-2024	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	810,500	810,500
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	30-Jul-2024	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	472,100	472,100
39123	GRUPO 12	30-Jul-2024	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	221,200	221,200
39214	GRUPO 12	30-Jul-2024	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,299,000	1,299,000
39304	GRUPOS 10 11 12 13	30-Jul-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i=Via,#R,=Cirul										
13170	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	30-Jul-2024	39005	7	07	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	185,700	185,700
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Jul-2024	39105	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	109,400	109,400
39118	GRUPO 07	30-Jul-2024	39118	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	46,900	46,900
39209	GRUPO 07	30-Jul-2024	39209	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	348,500	348,500
39303	GRUPOS 07 08 09	30-Jul-2024	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	346,900	693,800
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/16 MM								2	94,400	188,800
	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/16 MM								2	99,600	199,200
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
026203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								5	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								15	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0

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 CA... 774 667 CODIGO D...
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOP... NIT. 800.110.181...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 202...2.27 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-0005...595 Hast...-00080000 AUTORIZA

Recibido!
18 de Septiembre del 2024
20302811

Cufe: 5f3986ea10cdf1f4a67b7e4b5c916bdc0818b89536ca059432c034a6f12cd7dec2374543...d468e66dbb5201b8eb

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

96

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.30	15:23:42	2024.09.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63265

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 183860,183924
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO**
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.28 - 21:08 2024.07.31 - 09:05

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO EDAD : 16 Años
DIRECCION: VEREDA CORRALES TERUEL TELEFONO: 3125425646
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13739	REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87	30-Jul-2024	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	810,500	810,500
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	30-Jul-2024	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	472,100	472,100
39123	GRUPO 12	30-Jul-2024	39123	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	221,200	221,200
39214	GRUPO 12	30-Jul-2024	39214	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,299,000	1,299,000
39304	GRUPOS 10 11 12 13	30-Jul-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13170	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	30-Jul-2024	39005	7	07	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	185,700	185,700
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Jul-2024	39105	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	109,400	109,400
39118	GRUPO 07	30-Jul-2024	39118	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	46,900	46,900
39209	GRUPO 07	30-Jul-2024	39209	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	348,500	348,500
39303	GRUPOS 07 08 09	30-Jul-2024	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	346,900	693,800
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/16 MM								2	94,400	188,800
	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/18 MM								2	99,600	199,200
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								5	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								15	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774.667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5f3986ea10cdf1f4a67b7e4b5c916bdc0818b89536ca059432c034a6f12cd7dec2374583139bb1d468e66dbb5201b8eb

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

96

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 ,2024.08.30	15:23:42	2024.09.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63265

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								8	500	4,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	600	3,000
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								3	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
	PLACA EN S CLAVICULAR BLOQUEADA 3.5/10 ORIFICIOS IZQUIERDA								1	2,468,800	2,468,800
	MASCARA LARINGEA NO. 4								1	78,130	78,130
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,568
19996775-01	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								13	3,758	48,854
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								4	2,500	10,000
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								4	3,387	13,548
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19960774-01	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP								1	0	0
19967768-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								10	0	0
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								8	11,300	90,400
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								40	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								40	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.30	873206		HJC				1	69,700	69,700
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2024.07.30	870001		CLF				5	209,900	1,049,500
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.30	890202		HJC				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.30	890202		JHT				1	61,200	61,200

VALOR BRUTO:	9,594,600	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	9,594,600

SON: NUEVE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.30 03:26:57 PM

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774-667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5f3986ea10cdf1f4a67b7e4b5c916bdc0818b89536ca059432c034a6f12cd7dec2374583139bb1d468e66dbb5201b8eb

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

45

FACTURA:	63265
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 8,180,708
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,413,892
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63265

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
PENCUE	GUAR

1er.Nombre	2do.Nombre
CRISTIAN	DEMETRIO

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC TI X AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1084923326

De: 41801 Fecha de Nacimiento: 04/10/2007 Sexo: F M X O

Direccion: VEREDA CORRALES

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125425646

Municipio: TERUEL Cod. 801

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

Rayo | Vendaval | Tornado

Terroristas: Explosi¾n | Masacre | Mina Antipersonal | Combate

Incendio

Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 5 VIA TERUEL PALERMO VEREDA ALMORZADERO

Fecha Evento/Accidente: 28/07/2024 Hora: 16:24

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TERUEL Cod. 801 Zona: U R X

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMQ33G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN SEMOVIENTE 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. | Poliza falsa | Vehiculo en Fuga | Aseg. D.2497

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. | No Aseg. Sin PLaca | Marca: AKT | Placa: PMQ33G

Tipo de Vehiculo: Automovil | Bus | Buseta | Camion | Camioneta

Campero | Microbus | Tractocamion | Motocicleta X | Motocarro

Mototriciclo | Cuatrimoto | Moto extranjera | Vehic. Extranjero | Volqueta

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si | No X

Poliza SOAT No 8117167000 Cobro excedente Poliza Si | No X

Vigencia de la Poliza: Desde: 24/08/2023 Hasta: 23/08/2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
ARIAS	LEIVA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
RUSBERY	

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] — **No. Documento** 1022358033

Direccion: VEREDA LOS PINOS
Departamento: HUILA **Cod.** 41
Municipio: PALERMO **Cod.** 524 **Telefono:** 3103052112 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
SUAREZ	TABARES
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DAYAN	ESTIVEN

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] — **No. Documento** 1000064469

Direccion: VEREDA LOS PINOS
Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3103052112
Municipio: PALERMO **Cod.** 524

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]
Fecha de Remision: 28/07/2024 a las 18:38
Prestador que remite: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE **Codigo de inscripcion:** 418010026101
Direccion: CARRERA 3 N 3 38 **Telefono:** 8780303 HUILA-TERUEL
Profesional que Remite: JESUALKDO ARIZA GUERRERO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 28/07/2024 a las 18:53
Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601
Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA
Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN **Cargo:** MEDICO GENERAL **Placa Ambulancia:**

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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 28/07/2024 **a las** 21:08
Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
Diagnostico definitivo de Ingreso
S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA
Diagnostico relacionado de Ingreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Fecha de Egreso: 31/07/2024 **a las** 09:05
Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
Diagnostico definitivo de Egreso
S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA
Diagnostico relacionado de Egreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
BAZAN	

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] — **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de Medico 1061724214

48

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	9594600	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 — HORA DE INGRESO: 21:08
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.07.31 — HORA DE EGRESO: 09:05
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA
RELACIONADO1: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
RELACIONADO2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.28-22:00:08 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMQ33G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN SEMOVIENTE EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: TERUEL VALORADO A LAS: 21+08 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 28/07/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 16 : 24 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: CEFRADINA, TOXOIDE Y TRAMADOL REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ORTOPEDIA AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA,

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 175 PESO: 72 IMC: 24 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.

44

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO DERECHO INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO DE MALA CALIDAD EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO Y CABESTRILLO MAS VENDAJE ELASTICO EN 8 MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, SE RETIRA, DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN REGION DE CLAVICULA, IZQUIERDO, MUÑECA, MANO, RODILLA, PIERNA, Y PIE DERECHO , AMBOS HOMBROS Y TOBILLOS, DEFORMIDAD EN CLAVICULA IZQUIERDA, AUMENTO DE VOLUMEN EN TOBILLO DERECHO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES LIMPIAS PARCIALMENTE EN: REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR).

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 5 HORAS, REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

A3

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS:
APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS INICIO A LAS 00 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS INICIO A LAS 00 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: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS
- PASAR A SALA DE YESO POSTERIOR A INMOVILIZACCION, NO MOJAR INMOVILIZACCION Y MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.28-22:36:42 MEDICO: / (AUXIL, VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:02 / 22:10 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

A2

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN TOBILLO IZQUIERDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

***** FECHA: 24.07.29-00:22:12 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 CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: FRACTURA DE CLAVICULA.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: 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.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

***** FECHA: 24.07.29-00:23:50 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 00:00 / 00:05 DURACION: 00:04

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.07.29-00:23:56 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.29-01:21:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
PARACLINICOS DE: 28/07/2024
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 12.48 %NEUTROFILOS: 57.3 % LINFOCITOS: 33.3 HEMOGLOBINA: 15.4 %HEMATOCRITO: 44.5 MCV: 84.8 MCH: 29.4 PLAQUETAS: 288.000 TIEMPOS: TP: 12.90 TPT: 29.40 INR: 0.87 CREATININA : 07 BUN: 17

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. , BUENA FUNCION RENAL. TIEMPOS NORMALES.

*** FECHA: 24.07.29-06:28:10 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 110/70 FR: 18 T: 36.5, P: 81 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.07.29-15:56:11 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON DIAGNÓSTICOS DE:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

1 --- FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2--- - CONTUSIONES Y ABRASIONES.

SIGNOS VITALES ESTABLES: TA: 120/70 FR: 18 RPM, T: 36.8 GRADOS, SATO: 98% PULSO: 74 LXM.
DOLOR A LA PALPACION CRANEOFACIAL.
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.
VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
NO SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN SIN DOLOR.
PELVIS ESTABLE.
NEUROLOGICAMENTE ESTABLE.
PIEL: REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA.

A NIVEL DE: HOMBRO, MUÑECA, MANO, RODILLA, PIERNA, Y PIE DERECHO , AMBOS TOBILLOS, PRESENTA: LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD, MAYOR EN HOMBRO IZQUIERDO, DEFORMIDAD EN CLAVICULA IZQUIERDA, MAS LIMITACIÓN FUNCIONAL Y AUMENTO DE VOLUMEN, PERFUSION DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS.

RX:
1 --- FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA.
2--- RESTO DE RADIOGRAFIAS NORMALES.

PACIENTE CON MULTIPLES CONTUSIONES Y ABRASIONES, MAS FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA. CON INDICACION QUIRURGICA SE PROGRAMA OSTEOSINTESIS. EN EL MOMENTO ESTABLE POSTERIOR A CIRUGIA SE HOSPITALIZA PARA CONTINUAR MANEJO.

** ORDENES Qx:

TIPO DE CIRUGIA: OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA.
FECHA: MARTES 30/07/2024
MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: PLACA BLOQUEADA DE CLAVICULA TRAER SET DE PLACAS Y TORNILLOS.
TIEMPO QUIRÚRGICO: 45 MINUTOS.
HOSPITALIZADO

CONDUCTA:
MANTENER INMOVILIZACCION
1 -- HOSPITALIZAR
2 -- CONTINUAR MANEJO ANALGESICO.
3 ---PROGRAMR OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA
4 ---HOSPITALIZAR POSTERIOR A CIRUGIA DE DEDO MANO DERECHA
5 ---SEGUIMIENTO.

***** FECHA: 24.07.29-15:57:51 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL]***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO REMITIDO DE PRIMER NIVEL AL INGRESO SE RELIZA MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

1 --- FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2--- CONTUSIONES Y ABRASIONES.

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, VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN HOSPITALIZA PARA OTS MAÑANA . SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
TRASLADO A HOSPITALIZACCION.

*** FECHA: 24.07.29-15:57:58 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.29-15:57:53 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.29-16:48:28 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE URGENCIAS

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALGIDO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 28/07/2024 SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS, SE HACEN ESTUDIOS DE IMAGENES Y SE ENCUENTRA CURSANDO CON FRACTURA DE CLAVICULA EN SU TERCIO MEDIOA IZQUIERDO QUE REQUIERE MANEJO QUIRURGCO POR PARTE DE ORTOPEDIA, POR LO CUAL SE HOSPITALIZA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes. <<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados. <<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa <<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estabLe DOLOR LEVE A LA PALPACION no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. CON DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN REGION DE CLAVICULA, IZQUIERDO, MUÑECA, MANO, RODILLA, PIERNA, Y PIE DERECHO , AMBOS HOMBROS Y TOBILLOS, CON EVIDENCIA DE DEFORMIDAD EN CLAVICUL<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA CON ADECUADA CURACION.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTE PERSONAL:
ASMA

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON DOLOR MODULADO, EN ESPERA DE MEJORIA DEL EDEMA PARA OSTEOSINTESIS DEFINITIVA EN EL DIA DE MAÑANA.

** CONDUCTA:
- USO DE TAPOBOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- LEV A 40 CC POR HORA, VIGILAR FLEBITIS
- TRAMADOL AMP 50 MG IV CADA 8 HORAS
- DICLOFENACO 75 MG IV CADA 8 HORAS
- OSTEOSINTESIS EN EL DIA DE MAÑANA 30/7/2024
- MANTENER CABESTRILLO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- PREVENIR CAIDAS.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS INICIO A LAS 00 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, 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: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS:
APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS INICIO A LAS 00 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.07.29-20:30:50 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTE PERSONAL:
ASMA

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON DOLOR MODULADO, EN ESPERA DE MEJORIA DEL EDEMA PARA OSTEOSINTESIS DEFINITIVA EN EL DIA 30/07/2024.

***** FECHA: 24.07.30-00:23:19 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. SIGNOS VITALES: TA 100/87 FR: 20 T: 36.8, FC: 75 SATO2: 98% GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA. SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

***** FECHA: 24.07.30-05:32:46 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTE PERSONAL:
ASMA

S/ REFIERE DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS

OBJETIVO: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.
SIGNOS VITALES: TA 100/74 MMHG, FC84 LPM, FR 17 RPM, T 36.2°C, SAT 98% AL AMBIENTE
CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: LEVE DOLOR Y LIMTACION A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO . DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: ALERTA, SIMETRIA FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON DOLOR MODULADO, EN ESPERA DE MEJORIA DEL EDEMA PARA OSTEOSINTESIS DEFINITIVA EN EL DIA 30/07/2024.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, 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 INICIO A LAS 00 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.07.30-10:43:05 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA HORA: 8:10 AM

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTE PERSONAL:
ASMA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SUBJETIVO: REFIERE DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.
SIGNOS VITALES: TA 108/74 MMHG, FC68 LPM, FR 18 RPM, T 36.1°C, SAT 97% AL AMBIENTE
CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: LEVE DOLOR Y LIMTACION A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON DEFORMIDAD EN CLAVICULA IZQUIERDA, ACTUALMENTE INMOVILIZADO CON CABESTRILLO . DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: , NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, GLAGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA CON ADECUADA CURACION.
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON DOLOR MODULADO, EN ESPERA DE OSTEOSINTESIS DEFINITIVA EN EL DIA DE HOY, ACTUALMENTE SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION. NO DOLOR AGUDO. SIN CAMBIOS EN SU MANEJO.

** CONDUCTA:
- USO DE TAPOBOCAS PERMANENTE.
- NADA VIA ORAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- LEV PASAR 500 CC AHORA Y CONTINUAR A 40 CC POR HORA, VIGILAR FLEBITIS
- TRAMADOL AMP 50 MG IV CADA 8 HORAS
- DICLOFENACO 75 MG IV CADA 8 HORAS
- CEFAZOLINA 2 GR IV PREVIO A CIRUGIA
- AMIKACINA 1 GR IV PREVIO A CIRUGIA.
- OSTEOSINTESIS EN EL DIA DE HOY
- MANTENER CABESTRILLO
- PREVENIR CAIDAS.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR 500 CC AHORA Y CONTINUAR A 40 CC HORA , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV PREVIO A CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.07.30-13:33:45 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

" PARA LA CIRUGIA "

34

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

** 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 : DEFORMIDAD TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA , LIMITACION FUNCIONAL DEL HOMBRO NEUROVASCULAR NORMAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA.

** ANALISIS PLAN:
NOTA RETROSPECTIVA 13:20
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.30-13:33:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***FECHA: 24.07.30-13:34:04 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

" PARA LA CIRUGIA "

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

** 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 : DEFORMIDAD TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA , LIMITACION FUNCIONAL DEL HOMBRO NEUROVASCULAR NORMAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 24.07.30-14:37:57 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 4 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 80 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.07.30-16:44:00 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): KATY PEREA

HORA INICIAL/FINAL: 15:50 / 16:30 DURACION: 00:40

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87 VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

No. DESCRIPCION: 18909
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION: SUPRACLAVICULAR IZQUIERDA DE 10 CM

HALLAZGOS: FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION E LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES

DESCRIPCION QUIRURGICA:
1. PAUSA DE SEGURIDAD
2. ANESTESIA GENERAL
3. ASEPSIA Y ANTISEPSIA
4. COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
5. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS
6. REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUEIRDA 1 PLACA EN S CLAVICULAR BLOQUEADA 3.5/10 ORIFICIOS IZQUIERDA Y 4 TORNILLOS CORTICAL DE 3.5/16MM - 3.5/18MM. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE SAS).
7. SE VERIFICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
8. REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACO CLAVICULARES QUE SE ENCONTRARON ROTOS.
9. LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9%
10. CIERRE POR PLANOS DE LA HERIDA CON VICRYL Y PROLENE
12. SE DEJA GASAS CON ISODINE SOLUCION EN HERIDA Y SE CUBRE CON MICROPORE
13. SIN COMPLICACIONES.
14. SANGRADO ESCASO.
15. SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO DE GASA
16. SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS.

***** FECHA: 24.07.30-16:45:13 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA AP/LATERAL

***** FECHA: 24.07.30-16:46:05 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
PENDIENTE REPORTE DE RX DE CONTROL POP INMEDIATO

** ANALISIS PLAN:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PLAN
HOSPITALIZAR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS PARA INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: CIRUGIA ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.30-16:45:54 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.30-18:27:39 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
RETORNO DE CIRUGIA

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTE PERSONAL:
ASMA

PROCEDIMIENTO REALIZADO
1. OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA + REPARACION DE LIGAMENTOS COROCOCLAVICULARES (30/07/2024)

CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: CON HERIDA QUIRURGICA EN REGION DE CLAVICULA IZQUIERDA CON ADECUADA CURACION Y CUBRIMIENTO, ACTUALMENTE INMOVILIZADO CON CABESTRILLO . DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: , NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, GLAGOW 15/15

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PIEL: ABRASIONES REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA CON ADECUADA CURACION

PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN POSTQUIRURGICO INMEDIATO DE OSTEOSINTESIS DE CLAVICULR IZQUIERDA, ACTUALMENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION. POR EL MOMENTO EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

***** FECHA: 24.07.30-23:30:42 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
1. FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTE PERSONAL:
ASMA

PROCEDIMIENTO REALIZADO
1. OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA + REPARACION DE LIGAMENTOS COROCOCLAVICULARES (30/07/2024)

TA:110/70 FC:70 FR:18 SO2:98 T:36.5

CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: CON HERIDA QUIRURGICA EN REGION DE CLAVICULA IZQUIERDA CON ADECUADA CURACION Y CUBRIMIENTO, ACTUALMENTE INMOVILIZADO CON CABESTRILLO . DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: , NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, GLAGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA CON ADECUADA CURACION

ANALISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, HERIDA EN BUEN ESTADO, BUENA MODULACION DEL DOLOR, SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

***** FECHA: 24.07.31-05:02:56 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.07.31-06:42:56 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
1. FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTE PERSONAL:
ASMA

PROCEDIMIENTO REALIZADO
1. OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA + REPARACION DE LIGAMENTOS COROCOCLAVICULARES (30/07/2024)

TA:105/70 FC:74 FR:18 SO2:98 T:36.5

CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: CON HERIDA QUIRURGICA EN REGION DE CLAVICULA IZQUIERDA CON ADECUADA CURACION Y CUBRIMIENTO, ACTUALMENTE INMOVILIZADO CON CABESTRILLO . DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: , NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, GLAGOW 15/15
PIEL: ABRASIONES REGION DE CRESTA ILIACA Y TOBILLO IZQUIERDO. RODILLA DERECHA CON ADECUADA CURACION

ANALISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, HERIDA EN BUEN ESTADO, BUENA MODULACION DEL DOLOR, SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

***** FECHA: 24.07.31-08:59:57 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SE REALIZA LA VALORACION DEL PACIENTE POSTERIOR A LAVADO DE MANOS Y ADECUADO USO DE LOS EPP INDICADOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEBIDO A LA PANDEMIA COVID 19

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
1. FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES.

ANTECEDENTE PERSONAL:
ASMA

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PROCEDIMIENTO REALIZADO
1. OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA + REPARACION DE LIGAMENTOS COROCOCLAVICULARES (30/07/2024)

S/ DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 101 LPM, FR 18 RPM, TA 124/95 MMHG SAT 95% TEMP 36°
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
TORAX .SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON MATERIAL DE CURACION EN CLAVICULA, NO SANGRADO ACTIVO, NO MAL OLOR, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

*** ANALISIS ***
PACIENTE EN POP MEDIATO DESCRITO, CON ADECUADA EVOLUCION, CON MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO IV, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE DECIDE DAR SALIDA, CON FORMULA MEDICA EXTERNA, CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA, SE EXPLICAN SIGNOS CLAROS DE ALARMA E INDICACIONES DE RECONSULTA.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: SE EVIDENCIA FRACTURA REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS.

** CONDUCTA:
- SALIDA
- MEDICAMENTOS
- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR CUERVO
- INCAPACIDAD
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

** MEDICAMENTOS:

- CEFALEXINA TAB 500 MG --- TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS POR 5 DIAS ---------- N 20
- ETOX TAB 60 MG (ETORICOXIB) --- TOMAR 1 TAB CADA DIA HORAS POR 10 DIAS --------- N 10
- ACETAMINOFEN 500 MG TAB --- TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 5 DIAS.---------- N 20
- IBUPROFENO TABLETAS 400 MG --- TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS ---------- N 15

** OTROS:

***RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

1. MOVER EL HOMBRO SIN LIMITACIÓN.
2. NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS O HACER FUERZA CON LA EXTREMIDAD DEL LADO OPERADO.
3. SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGÉSICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFÉN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ÚLTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
4. EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENTOS, FIEBRE, MAL OLOR DE LA HERIDA, DEBE CONSULTAR

27

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65432

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
5. SI TIENE ABRASIONES (RASPONES), REALICE CURACIONES CON MERCURIO CROMO O RIFOCINA POR 5 DÍAS, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMENDRAS). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LA CICATRIZ.
6. TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
7. NO RETIRAR NI MOJARLA CURACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA, ESTO SE HACE EN EL CONTROL CON EL ESPECIALISTA. PARA EVITAR ESTO, SE RECOMIENDA, UTILIZAR UNA BOLSA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
8. MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIÓTICO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.
9. SE ENTREGA FOLLETO DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA INSTITUCIONAL AL PACIENTE.

** ORDENES MEDICAS:

- SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON ORTOPEDIA. DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**** FECHA: 24.07.31-09:04:33 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - 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.

** DEL EGRESO

**** FECHA: 24.07.31-09:05:23 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.31-09:05:00 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. 65432

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

DOC.IDENT:	TI 1084923326	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA CORRALES		
FCHA.NACTO:	2007.10.04	EDAD:	16 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3125425646
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA	CERRADA	

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

DR@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

25

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18909

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183924 Fecha 30/07/24

Nombre Paciente: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO 1084923326 Edad: 16 Sexo: M

Hora inicio 15:50 Hora fin: 16:30 Duraci¾n: 00:40 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion KATY PEREA

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S420-FRACTURA TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA.	1. S420-FRACTURA TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA.

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
13170	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	HJC	1 - 1i Interv 100%
13739	REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION: SUPRACLAVICULAR IZQUIERDA DE 10 CM

HALLAZGOS: FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION E LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES

DESCRIPCION QUIRURGICA:

1. PAUSA DE SEGURIDAD
2. ANESTESIA GENERAL
3. ASEPSIA Y ANTISEPSIA
4. COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
5. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS
6. REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUEIRDA 1 PLACA EN S CLAVICULAR BLOQUEADA 3.5/10 ORIFICIOS IZQUIERDA Y 4 TORNILLOS CORTICAL DE 3.5/16MM - 3.5/18MM. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE SAS).
7. SE VERIFICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
8. REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACO CLAVICULARES QUE SE ENCONTRARON ROTOS.
9. LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9%
10. CIERRE POR PLANOS DE LA HERIDA CON VICRYL Y PROLENE
12. SE DEJA GASAS CON ISODINE SOLUCION EN HERIDA Y SE CUBRE CON MICROPORE
13. SIN COMPLICACIONES.
14. SANGRADO ESCASO.

15. SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO DE GASA
16. SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA.

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN CLAVICULA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

Dr. Hector Cuervo Ramirez Ortopedia y Traumatologia RM 2713

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18909

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183924 Fecha 30/07/24

Nombre Paciente: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO 1084923326 Edad: 16 Sexo: M

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA.

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN CLAVICULA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1084923326

ADMISION N_: 183924

NOMBRE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO **Num. Id-:** TI 1084923326

FECHA NACIMIENTO: 2007.10.04 **EDAD:** 16 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.07.30 **HORA DE INGRESO:** 13:33:45 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.30 13:33

DIRECCION: VEREDA CORRALES **CIUDAD:** TERUEL **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125425646

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** DORA YINETH PENCUE

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.30

<< REGISTRO: 13:33:45 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** REPETIDO

MOTIVO CONSULTA

" PARA LA CIRUGIA "

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<2024.07.28-22:00:08>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 183852

* Patologicos: ASMA ULTIMA CRISIS HACE 1 AÑO * Traumaticos: Niega * Medicamentos: SALBUTAMOL SEGUN CRISIS * Toxicos: Niega * Quirurgicos: SUTURA HERIDA COMLEJA PULPEJO 4 DEDO MANO DERECHA* Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2024.07.29-16:48:28>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 183880

* Patologicos: ASMA ULTIMA CRISIS HACE 1 AÑO * Traumaticos: Niega * Medicamentos: SALBUTAMOL SEGUN CRISIS * Toxicos: Niega * Quirurgicos: SUTURA HERIDA COMLEJA PULPEJO 4 DEDO MANO DERECHA* Alergicios: Niega *

--><<2024.07.30-14:45:48>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 183924

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: OSTEOSINTESIS DE DEDO MANO DERECHA

ANESTESICOS: 1 BLOQUEO DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR DE MARIHUANA

OTROS: NEGATIVOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1084923326

ADMISION N_: 183924

NOMBRE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO **Num. Id-:** TI 1084923326

FECHA NACIMIENTO: 2007.10.04 **EDAD:** 16 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.07.30 **HORA DE INGRESO:** 13:33:45 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.30 13:33

DIRECCION: VEREDA CORRALES **CIUDAD:** TERUEL **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125425646

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** DORA YINETH PENCUE

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/75 **FC:** 77 **FR:** 17 **Tmp:** 36. **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 : DEFORMIDAD TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA , LIMITACION FUNCIONAL DEL HOMBRO NEUROVASCULAR NORMAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS/PLAN
NOTA RETROSPECTIVA 13:20
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.30-13:33:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

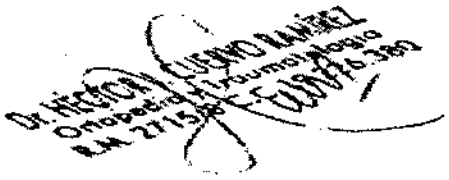
RESULTADO DE PROCED/EXAMENES
RX FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA.

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

FECHA DE EGRESO: 2024.07.30 **HORA DE EGRESO:** 13:33:43 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
Registro Medico: 244

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 183924 - 1

NOMBRE:	PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO		C.C. -TI-RC-OTRO	1084923326	
EDAD:	16 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2007.10.04	SEXO:	M
DIRECCION:	VEREDA CORRALES			TELEFONO:	3125425646
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	DORA YINETH PENCUE			TELEFONO:	3125425646

FECHA: 2024.07.30

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><2024.07.28-22:00:08>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 183852

* Patologicos: ASMA ULTIMA CRISIS HACE 1 AÑO * Traumaticos: Niega * Medicamentos: SALBUTAMOL SEGUN CRISIS * Toxicos: Niega * Quirurgicos: SUTURA HERIDA COMLEJA PULPEJO 4 DEDO MANO DERECHA* Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><2024.07.29-16:48:28>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)

H.HOS: 183880

* Patologicos: ASMA ULTIMA CRISIS HACE 1 AÑO * Traumaticos: Niega * Medicamentos: SALBUTAMOL SEGUN CRISIS * Toxicos: Niega * Quirurgicos: .SUTURA HERIDA COMLEJA PULPEJO 4 DEDO MANO DERECHA* Alergicios: Niega *

--->><2024.07.30-14:45:48>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 183924

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: OSTEOSINTESIS DE DEDO MANO DERECHA

ANESTESICOS: 1 BLOQUEO DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR DE MARIHUANA

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 124/78 **FC:** 79 **FR:** 21 **PESO:** 76 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
EDEMA, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DE HOMBRO IZQUIERDO POR FRACTURA DE CLAVICULA

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 183924 - 1

NOMBRE:	PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO		C.C. -TI-RC-OTRO	1084923326	
EDAD:	16 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2007.10.04	SEXO:	M
DIRECCION:	VEREDA CORRALES			TELEFONO:	3125425646
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	DORA YINETH PENCUE			TELEFONO:	3125425646

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S420
FRACTURA DE LA CLAVICULA

PLAN:
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.07.30 **HORA:** 13:10:42

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
Parra	Gaona	Cristian Ricardo	108192336

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
30 1 24	16 A	H ☒ M ☐	174	75	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM				TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fractura de Calcaneo izq — cotrel — de Chaput y

OPERACION PROPUESTA Reduccion abierta + osteosintesis

HISTORIA Y ANTECEDENTES

ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

Asma — No — fx talus pie derecho

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI ___ NO ___ VIA AEREA ___ DIENTES ___ CUELLO ___
IOT SI ___ NO ___

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL

RESUMEN Y PLAN

Mx — cuidos — analgesia

ESTADO PSICOLOGO Mejorado

NECESITA SANGRE No C.C. — **PREMEDICACION** No — **FIRMA**

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Dorsal

REPARACION E / A / C

42	180
40	160
38	140
36	120
34	100
32	80
30	60
28	40
26	20

HORA 1550

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA —
REFLEJOS +
MOTILIDAD +

RECUPERACION Ok
CONCIENCIA Ok
DIURESIS Ok
SENSIBILIDAD Ok
PIEL Hidratada

	COMENTARIOS
1	Ingresa vivo a
2	Sala de recuperacion
3	bajo anestesia general
4	sin complicaciones
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejor — **FIRMA**

17

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

| | | |



QUIRUCORE SAS

NIT 901.695.273-4



CALLE 18A 6 37
(057) 3011356726
Neiva - Colombia
quirucoresas@gmail.com

Factura electrónica de venta

N°: FEQ 602

Cliente: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Nit: 800.110.181-9
Teléfono: (608) 8756349
Dirección: CALLE 18 6-65
Ciudad: Neiva - Colombia
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Fecha y hora Factura

Generación	03/08/2024, 12:13
Expedición	03/08/2024, 12:13
Vencimiento	17/09/2024
Vendedor	Claudia Aguilar
Centro de costo	0
Cotización	

Item	Código	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.
1	QC-PSBL-3.5/10/L	PLACA EN S CLAVICULAR BLOQUEADA 3.5/ 10 ORIFICIOS IZQUIERDA		1.00	2,468,800.00	2,468,800.00	2,468,800.00	0 %	0.00
2	QC-TC-3.5/16	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/16mm		2.00	94,400.00	188,800.00	188,800.00	0 %	0.00
3	QC-TC-3.5/18	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/18mm		2.00	99,600.00	199,200.00	199,200.00	0 %	0.00

Total Items: 3

Valor en Letras:
Dos millones ochocientos cincuenta y seis mil ochocientos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-09-17 por $ 2,856,800.00

Total Bruto	2,856,800.00
Total a Pagar	2,856,800.00

Observaciones:
PACIENTE: PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO
ID PACIENTE: 1.084.923.326
EDAD: 16 AÑOS
CIRUJANO: DR CUERVO.

FAVOR REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA BANCOLOMBIA CTA AHORROS
No 944-000057-12 A NUESTRO NOMBRE.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764067931523 aprobado en 20240326 prefijo FEQ desde el número 415 al 1000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 4773 Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos especializados Tarifa 3.5

CUFE:
295eb78d6de0637acf8ed85f10986695af65ef7d4136fdbc9d4b9c238d8543bc626de471ae7261e3fc7e1476a939199a

Elaborado por

Firma recibido

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sligo S.A.S. - Nit: 830.048.145-8. Nombre Software: Sligo Nube. Factura electrónica ver co.sligo.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,13-Ago-2024 09:41:4

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:** 2024.07.3 13:00
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 16 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO	1 NIVEL I	TERUEL	VEREDA CORRALES	3125425646

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.30	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.07.30	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.07.30	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	40.00
2024.07.30	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.07.30	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LYC	10.00
2024.07.30	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	40.00
2024.07.30	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	LYC	1.00
2024.07.30	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.07.30	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	3.00
2024.07.30	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LYC	1.00
2024.07.30	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LYC	1.00
2024.07.30	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.07.30	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LYC	1.00
2024.07.30	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LYC	1.00
2024.07.30	BRA	CAT	VENOCAT CATETER # 20	LYC	1.00
2024.07.30	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	300.00
2024.07.30	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	300.00
2024.07.30	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LYC	1.00
2024.07.30	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.30	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.30	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LYC	1.00
2024.07.30	ZMQ	MASCARLA	MASCARA LARINGEA NO. 4	LYC	1.00
2024.07.30	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	3.00
2024.07.30	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.07.30	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	2.00
2024.07.30	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	2.00
2024.07.30	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	2.00
2024.07.30	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	2.00
2024.07.30	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	2.00
2024.07.30	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	8.00

15

PACIENTE: 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA CORRALES **TELEFONO:** 3125425646

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64401 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.26 **Nº POLIZA:** 8117167000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 29 de julio de 2024						
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	VAC1	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 12.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 30 de julio de 2024						
00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	JFE1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HAC1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HAC1	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HAC1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	

TOTAL SUMINISTRADO: 38.00

FECHA DEL CONTROL : miércoles, 31 de julio de 2024

PACIENTE: 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA CORRALES **TELEFONO:** 3125425646

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64401 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.26 **Nº POLIZA:** 8117167000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VAC1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	VAC1	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	JFE1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	JFE1	

TOTAL SUMINISTRADO: 18.00

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.22
HORA:	08:12:33
PAGINA No:	1

Numero: 91861 Fecha Ex. 30/07/24 Hora 15:10
Nombre Paciente: 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO
Dirección: VEREDA CORRALES Telefono: 3125425646 Edad: 16 A Sexo: M
Medico: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

***HALLAZGOS**

Proyección AP de la clavicula izquierda observándose fractura fragmentada del tercio medio externo de la clavícula corregida y fijada con elementos de osteosíntesis metálica (placa y tornillos).
Hay fragmento óseo desprendidos alrededor del foco de fractura.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
NIT. 813010472-5
CARERA 3 3-38 (Tel:8780303)

Remisiones
202407280007 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 28 MES 07 AÑO 2024 **Autorización:** x

No. de Historia Clínica RC1084923326

Sede ESE HOSPITAL SAN ROQUE Código 418010026101

Institución a la que se remite - Código 000000

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
CRISTIAN DEMETRIO	PENCUE	GUAR	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1084923326

Dirección B/OBRERO Teléfono _____ Edad 16 Ano(s)

Municipio TERUEL Departamento Huila Urbano X Rural ___

Lugar y Fecha de Nacimiento - 04/10/2007

Estado Civil _____

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○

Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso
D 28 M 07 A 2024

Fecha de Egreso
D 28 M 07 A 2024

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 JESUALDO ARIZA GUERRERO

Firma y Sello

Dr. Jesualdo Ariza Guerrero
Medico y Cirujano - U. Surcolombiana
RETC Medico 144 - 5

C.C 84079982

Registro Médico

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUI EN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO: CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE PARRILLERO DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEN TE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRES ENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACION ALA MOVILIDAD DE HO MBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN TOBILLO DERECHO CON IMPOSIBILIDAD PARA EL APOYO DE PIE DERECHO; POR LO CUAL ES TR AIDO, SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, F RACTURA DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO DERECHO; POR LO CUAL SE INIDICA INICIAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBIOTICA, ANTITETANIC A, INMOVILIZACION DE CLAVICULA IZQUIERDA, INMOVILZIACION DE TOBILLO DERECHO; REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORT OPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBILLO DERECHO, HOMBRO DERECHO; SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE Y MADRE DEL MENOR DICEN ENTENDER Y ACEPTAN. PLAN: NADA VIA ORAL SSN 0.9%POR500CC PASAR A80GC/hORA, CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24., DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS TRAMADOL 50MG SC AHORA TETANOL UNA AMPOL LA IM AHORA, INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABES TRILLO CURACION DE HERIDAS REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBILLO DERECH O, HOMBRO DERECHO

Nivel de Competencia

Nivel que Remite 1 X 2 ____ 3 ____ 4 ____

Nivel al que se Remite 1 ____ 2 ____ 3 X 4 ____

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 18:38 Hora 18 Minutos 38

Nombre de la persona que solicita la Remisión

JESUALDO ARIZA GUERRERO (MEDICINA)

Hora Confirmación 18:38 Hora 18 Minutos 38

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL; PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	V205
FRACTURA DE LA CLAVICULA	S420
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA	S823
CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S400

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE PARRILLERO DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN TOBILLO DERECHO CON IMPOSIBILIDAD PARA EL APOYO DE PIE DERECHO; POR LO CUAL ES TRAIDO.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
125/85	100	36.00	20	165.0	70.00	

Hallazgos del Examen Físico

ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CONSCIENTE,ORIENTADO EN TRES ESFERAS; AFEBRIL, HIDRATADO,ANICTERICO, ALGIDO, MARCHA ANTALGICA **Cabeza:**Normal NORMOCEFALO FINRL MUCOSAS HUMEDAS Y RODASA, ESCLERAS ANICTERICAS - **Cuello:**Anormal EDEMA, EQUIMOSIS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA , PULSOS ADECUADOS - **Torax:**Normal RUIDOS CARDICOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO CONSERVADOSIN AGREGADOS, NO TIRAJES, - **Abdomen:**Normal BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL - **G/U:**Normal PUÑO PERCUSIÓN RENAL NEGATIVA BILATERAL - **Extremidades:**Anormal EDEMA, EQUIMOSIS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA EDEMA , DOLOR Y CREPITANCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO DERECHO, ESCORIACION SUPERFICVAL EXTENSA PERIMALEOLAR EXTERNA IZQUIERDA CONTUSION Y DOLOR A LA MOVILIZACION DE BRAZO DERECHO SIN DEFROMIDAD ÓSEA APARENTE ; PULSOS DISTALES PRESENTES , PERFUSION DISTAL ADECUADA - **Neurológico:**Normal CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW15/15 - **Nariz:**Normal - **Oidos:**Normal - **Boca:**Normal MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA - **Ojos:**Normal PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVOS A LA LUZ, ESCLERAS NO ICTERICAS - **Piel:**Normal DESCRITO EN EXTREMIDADES - **Ano:**Normal - **Osteomuscular:**Normal

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

(9005) TAB EN AMBULANCIA POR KM DIA **Observación:** PACIENTE QUIEN ES RECOGIDO EN EL KILOMETRO 5 VIA VEREDA ALMORZADRO POR AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA, CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIL OEU 860, CONCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO. (38915) Sala de observacion Primer Nivel **Observación:** SE TRASLADA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTO A LA SALA DE OBSERVACION HOMBRES EN CAMA CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE ESTA SABANA LIMPIA Y SABANAS DE MOVIMIENTO Y CUIDADOS, SE INFORMA SOBRE SU ESTANCIA, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS HACIA ARRIBA CON TRATAMIENTO SE LE EXPLICA AL USUARIA Y FAMILIAR EL LLAMADO DE ENEFERMERIA Y LAS HORAS DE VISITAS, PEDIENTE REVALORACION POR MEDICO DE TURNO Y DEFINIR CONDUCTA PACIENTE

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (B05BB01) Sodio Cloruro 0,9% *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-1066) Equipo de Macrogoteo *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10126) Catéter No. 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10114) Jeringas 1ml *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02AX0202) Tramadol 50mg Ampollas *Dosis:* 1; *Medicamento:* (J07AM51) Toxoide Tetanica 0.5ml Ampollas *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10107) Venda Elástica 6x5 *Dosis:* 1;

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
CARERA 3 3-38 - Tel:8780303
Nit. 813010472-5
RESUMEN EPICRISIS
Desde: 28 de Julio de 2024 Hasta 28 de Julio de 2024
TI 1084923326 - CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	04/10/2007 - 16 Año(s)
Género:	Masculino
RH	No Aplica
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	No Definido
Ocupación:	No Aplica
Estado civil:	
Grupo de atención:	Otro
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:	Teruel
Dirección:	B/obrero
Telefono:	

Administradora ASMET SALUD EPS SAS **Tipo de usuario** Subsidiado POS

Atención: 202407280007

Fecha y Hora de Ingreso: 28/07/2024 18:05:34

Identificación:	TI 1084923326	Edad en la atención:	16 Ano(s)
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS	Nombre:	CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR
Poliza:		Tipo de Usuario:	Soat
Servicio de Ingreso:	Urgencias Ambulatorio	Autorización:	

Datos del acompañante

Tipo: Otro Nombre: P Dirección: B/obrero Telefono: 0000000000

TRIAGE

• Triage

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:31:38 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982

Motivo: ME ACCIDENTE PORQUE SE ME ATRAVESO UNA VACA

Signos Vitales

Peso:70.00 Kg Talla:165.0 cm MC:25.71 Kg/m^2 FC:100 Min. FR:20 Min. Temp:36.00 °C PA:125/85 TM: 98 Saturación:96.00 %

Hallazgos Clinicos: EDEMA, EQUIMOSIS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA EDEMA , DOLOR Y CREPITANCIA ? SEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO DERECHO, ESCORIACION SUPERFICVAL EXTENSA PERIMALEOLAR EXTERNA IZQUIERDA CONTUSION Y DOLOR A LA MOVILIZACION DE BRAZO DERECHO SIN DEFROMIDAD ?SEA APARENTE

Impresión Diag: V205 MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Clasificación: Triage I

Conducta: Urgencias.

• Notas Medicas

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:36:30 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982

Nota

EDEMA, EQUIMOSIS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA
EDEMA , DOLOR Y CREPITANCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE MALEOLO EXTERNO DE T OBILLO DERECHO, ESCORIACION SUPERFICVAL EXTENSA PERIMALEOLAR EXTERNA IZQUIERDA
CONTUSION Y DOLOR A LA MOVILIZACION DE BRAZO DERECHO SIN DEFROMIDAD ÓSEA APARENTE

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPO NDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO: CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE PARRILLERO DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA P MQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADE RO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIES A SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE D E LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVIL IDAD DE HOMBRO IPSILATERAL. ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN TOBILLO DERECHO CON IMPOSIBILIDAD PARA EL APOYO DE PIE DERECHO; POR LO CUAL ES TRAIDO. SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSIT O COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA. FR ACTURA DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO DERECHO; POR LO CUAL SE INIDICA INICIAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBIOTICA, ANTITETANICA, INMOVILIZACION DE CLAVICULA IZQUIERDA, INMOVILZIACI ÒN DE TOBILLO DERECHO; REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO, RADIOLOGICOS RX DE TOBILLO DERECHO, HOMBRO DERECHO; SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDI CAS A PACIENTE Y MADRE DEL MENOR DICEN ENTENDER Y ACEPTAN.
PLAN.
NADA VIA ORAL
SSN 0,9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
CURACION DE HERIDAS
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBI LLO DERECHO, HOMBRO DERECHO

• Notas Enfermeria

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:54:57 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579

Nota

INGRESA USUARIO MASCULINO CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR DE 16 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑÍ A DE FAMIUAR PACIENTE A VALORACION CEFALCUADAL CONSIENTE, ALERTO Y ORIENTADO, COLABO RADOR QUE REFIERE "ME ACCIDENTE PORQUE SE METIO UNA VACA " SE PASA SALA DE PROCEDIMIENT OS, CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, SE REDIRECCIONA AL PUNTO DE TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMEROS NORMALES, SE LE ENSEÑ AN AL MEDICO DE TURNO Y ORDENA.

PLAN:
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
CURACION DE HERIDAS
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBILL O DERECHO, HOMBRO DERECHO

• Prescripcion

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:56:03 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Indentificación:** CC 1007273579

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia		Duracion	T.Dosis	Entregar
B05BB01	Sodio Cloruro 0.9% SoluciÃ³n Inyectable Solucion Inyectable 500 ML	1000.00 ML	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 BOL.
*								
MQ-1066	Equipo de Macrogoteo Equipo de Macrogoteo	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-10126	CatÃ©ter No. 20 CatÃ©ter Intravenoso No. 20	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-10114	Jeringas 1ml Jeringas 1ml	2.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 UNI.
Nota: *								
N02AX0202	Tramadol 50mg Ampollas Tramadol 50mg Ampollas Solucion Inyectable 50 MG/ML	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
*								
J07AM51	Toxoide Tetanica 0.5ml Ampollas Toxoide Tetanica Solucion Inyectable 0.5ML	1.00 ML	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 AMP.
*								
MQ-10107	Venda ElÃ¡stica 6x5 Venda ElÃ¡stica 6x5	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-10110	VENDA ALGODÃ"N 6 X 5	2.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 UNI.
Nota: *								
MQ-10113	Venda Yeso 6x5 Venda Yeso 6x5	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
N02BB02	Dipirona 1gr Ampollas Dipirona SÃ³dica 1gr Ampollas Solucion Inyectable 40 - 50 %	2.00 GRAMOS	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 18:56:03	1 Dia(s)	1	2 AMP.
*								

Observaciones:

• Medicamentos

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	28/07/2024	18:58:11	B05BB01	Sodio Cloruro 0.9%	NO APLICA	1000.00 ML	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	18:58:17	J07AM51	Toxoide Tetanica 0.5ml Ampollas	NO APLICA	1.00 ML	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	18:58:23	N02BB02	Dipirona 1gr Ampollas	NO APLICA	2.00 GRAMOS	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	18:58:27	N02AX0202	Tramadol 50mg Ampollas	NO APLICA	1.00 UNID	KAREN NATALIA LAGUNA

• Materiales

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	28/07/2024	18:58:34	MQ-1066	Equipo de Macrogoteo	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
2	28/07/2024	18:58:35	MQ-10126	Catéter No. 20	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**

3	28/07/2024	18:58:36	MQ-10114	Jeringas 1ml	2	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
4	28/07/2024	18:58:37	MQ-10107	Venda Elástica 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
5	28/07/2024	18:58:38	MQ-10110	VENDA ALGODÓN 6 X 5	2	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
6	28/07/2024	18:58:39	MQ-10113	Venda Yeso 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	28/07/2024	18:58:34	MQ-1066	Equipo de Macrogoteo	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
2	28/07/2024	18:58:35	MQ-10126	Catéter No. 20	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
3	28/07/2024	18:58:36	MQ-10114	Jeringas 1ml	2	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
4	28/07/2024	18:58:37	MQ-10107	Venda Elástica 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
5	28/07/2024	18:58:38	MQ-10110	VENDA ALGODÓN 6 X 5	2	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
6	28/07/2024	18:58:39	MQ-10113	Venda Yeso 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

URGENCIAS

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:59:10 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 1

Cod: 9005 Nomb: TAB EN AMBULANCIA POR KM DIA Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:

Descripción:

PACIENTE QUIEN ES RECOGIDO EN EL KILOMETRO 5 VIA VEREDA ALMORZADRO POR AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA, CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIL OEU 860. CONCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:00:53 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 2

Cod: 38915 Nomb: Sala de observacion Primer Nivel Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:

Descripción:

SE TRASLADA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTO A LA SALA DE OBSERVACION HOMBRES EN CAMA CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE ESTA SABANA LIMPIA Y SABANAS DE MOVIMIENTO Y CUIDADOS, SE INFORMA SOBRE SU ESTANCIA, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS HACIA ARRIBA CON TRATAMIENTO SE LE EXPLICA AL USUARIA Y FAMILIAR EL LLAMADO DE ENEFERMERIA Y LAS HORAS DE VISITAS, PEDIENTE REVALORACION POR MEDICO DE TURNO Y DEFINIR CONDUCTA PACIENTE

- **Notas Enfermeria**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:01:15 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579

Nota

SE PASA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSO NAL, SE UBICA PACIENTE EN POSICION COMODA SE LE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO DE CANALIZACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS QUIEN ATIENDE DE MANERA CORRECTA, SE REALIZA PRE VIA ASEPSIS DE MANOS SE OBSERVA ZONA DE PUNSION, SE CANALIZA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERD O VENA CEFALICA INFERIOR CON CATETER N° 20 CON EQUIPO DE MACAROGOTEO EN BUEN ESTADO Y MEDICAMENTOS CORRECTOS SE REGRISTRA EN FORMATO DE VENOPUNCION , SE TRASALADA A SALA D E OBSERVACION HOMBRES. PENDIENTE REVALORAR Y DEFINIR CONDUCTA.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:05:02 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579

Nota

SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS DE URGENICAS CON LOS ELEMENTOS DE PROTECC ION PERSONAL, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA DE CUBIDO SUPINO SE LE INFORMA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR SE LE ESXPLICA QUE PREVIA A LA VALORACION DEL MIEMBRO COMPROMETIDO EL MEDICO VALORARA LA GRAVEDAD DE LA HERIDA. SE REALIZA PREVIO LAVADO DE MANOS; SE PROCEDE A LIMPI AR HERIDA CON SSN 0.9% + ISODINE ESPUMA + ISODINE SOLUCION + APOSITOS Y COMPRESAS, SE PRO CEDE A INMOVILIZAR CON VENDAS DE ALGODÓN+ VEBNDA ELSATICA, YESO SE REQUIERE LA CANTIDA D NECESARIA SE CUBRE EL MIEMBRO AFECTADO DE RECUBRE LA HERIDA CON VENDAJE SIMPLE A POCA COMPRESION; SE LE EXPLICAN CUIDADO POS-INMOVILIZACION Y PACIENTE ENTIENDE.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:14:00 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579
Nota

NOTA ACLARATORIA DEL INGRESO

USUARIO MASCULINO CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR DE 16 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA RECO GIDO POR AMBULANCIA EN TRIPULACION DE AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIL OEU 860 EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR PACIENTE A VALORACION CEF ALCUADAL CONSIENTE, ALERTO Y ORIENTADO, COLABORADOR QUE REFIERE "ME ACCIDENTE PORQUE SE ME ATRAVESO UNA VACA " SE PASA A SALA DE PROCEDIMIENTOS, CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS D E PROTECCIÓN PERSONAL, SE REDIRECCIONA AL PUNTO DE TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE E NCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMEROS NORMALES, SE LE ENSEÑAN AL MEDICO DE TURNO SE ORDEN A

PLAN.
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA; LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
CURACION DE HERIDAS
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA ESTUDIO RADIOLOGICOS RX DE TOBI LLO DERECHO, HOMBRO DERECHO

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:20:11 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982
N°: 3
Cod: 39221 Nomb: Derechos de sala de yesos Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE REALIZA INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO EN POSICION ANATOMICA +VENDAJE ELASTICO; NO COMPLICACIONES.

VENDAJE DE YESO 6X5 #1

VENDAJE DE ALGODON LAMINADO 6X5 #2

VENDAJE ELASTICO 6X5 #1

ADEMAS INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:24:19 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982
N°: 4
Cod: 37401 Nomb: Curación simple con inmovilización Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:37:35 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 5
Cod: 37401 Nomb: Curación simple con inmovilización Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:39:28 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 6
Cod: 39221 Nomb: Derechos de sala de yesos Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE REALIZA INMOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO CON FERULA DE YESO EN POSICION ANATOMICA +VENDAJE ELASTICO; NO COMPLICACIONES.

VENDAJE DE YESO 6X5 #1

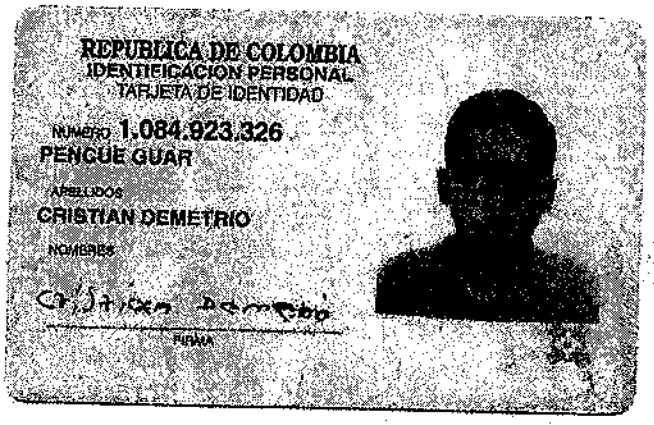
VENDAJE DE ALGODON LAMINADO 6X5 #2

VENDAJE ELASTICO 6X5 #1

ADEMAS INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:48:04 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

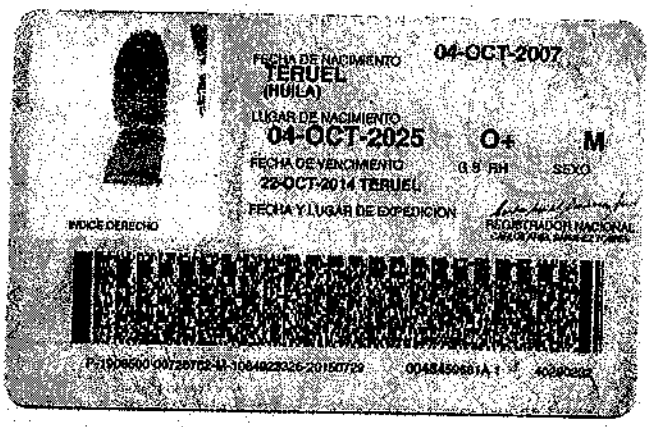
N°:.7
Cod: 9004 , Nomb: TAB EN AMBULANCIA REMISIONES NOCHE DOMINGOS Y FESTIVOS Cant: 1 Dosis: DXP: V205 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PACIENTE QUIEN ES ACEPTADO EN CLINICA DE FRACTURAS, SALE EN REMISION CON AUXILIAR FRANCY SALAZAR, CONDUCTOR ESTEBAN GAMARRA EN LA MOBIL OEU 860.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.084.923.326
PENCUE GUAR
APELLIDOS
CRISTIAN DEMETRIO
NOMBRES

FIRMA



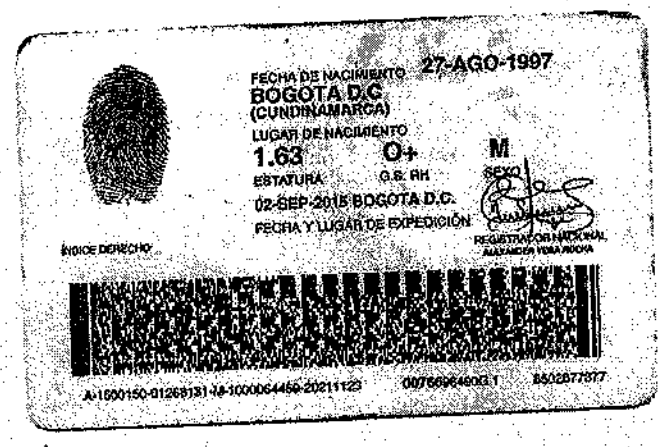
FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-2007
TERUEL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-OCT-2025 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
22-OCT-2014 TERUEL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P:190500-007207702-M-1084923326-20150729 0048450681A 1 4020202

A


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.000.064.469
SUAREZ TABARES
APELLIDOS
DAYAN ESTIVEN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1997
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
02-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01268131-M-1000064469-20211123
0076696400A 1
8502877877

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029861248

PLACA: PMQ33G
MARCA: AKT
LÍNEA: AK125NKD EIII
MODELO: 2024
CILINDRADA CC: 124
COLOR: NEGRO MATE
SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA
TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE: GASOLINA
CAPACIDAD KG/PAS: 2
NÚMERO DE MOTOR: 157FMI98323E3
REG: N
VIN: 9F2D51250RB026969
NÚMERO DE SERIE:
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9F2D51250RB026969
REG: N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): ARIAS LEIVA RUBBERY
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1022358033

RESTRICCIÓN MOVILIDAD:
CILINDRAJE:
POTENCIA HP: 10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902023000130438
VR:
FECHA IMPORT.: 16/08/2023
PUERTAS: 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: PRENDA - INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.S
FECHA MATRÍCULA: 25/08/2023
FECHA EXP. LIC. TTO.: 25/08/2023
FECHA VENCIMIENTO:
ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOVTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT0700269115B

RUNT 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:	**PMQ33G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10029861248**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125NKD EIII**
MODELO:	**2024**	COLOR:	**NEGRO MATE**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMI098323E3**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D51250RB026989**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D51250RB026989**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**25/08/2023**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**SI**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8117167000	23/08/2023	24/08/2023	23/08/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63265 fechada el dia 24.08.30 cuyo paciente es PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

HISTORIA No. 1084923326

GLOSA No: ZGL-1-48525 **SINIESTRO:** 63265

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310292

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63265 fechada el dia 24.08.30 cuyo paciente es PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO

HISTORIA No. 1084923326

GLOSA No: ZGL-1-48525 **SINIESTRO:** 63265

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-39110- SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 99800.00

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 99800.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LAS AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE EVIDENCIA QUE EL PACIENTE PRESENTA LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES, POR LO CUAL EL CIRUJANO PLASTICO VIO PERTIENTE Y DECIDE REALIZAR REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICUALRES (CODIGO 13739) PARA LOGRAR REPARACION DE LOS LIGAMENTOS QUE SE ENCONTRARON ROTOS. POR TAL MOTIVO SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO YA QUE NO SE PUEDE HOMOLOGAR A UN (14332) A UNA LIGAMENTORAFIA O REINSERCCION LIGAMENTOS COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE"

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-39123- GRUPO 12

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 44700.00

JUSTIFICACION:
104
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 44700.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LAS AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE EVIDENCIA QUE EL PACIENTE PRESENTA LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES, POR LO CUAL EL CIRUJANO PLASTICO VIO PERTIENTE Y DECIDE REALIZAR REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICUALRES (CODIGO 13739) PARA LOGRAR REPARACION DE LOS LIGAMENTOS QUE SE ENCONTRARON ROTOS. POR TAL MOTIVO SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO YA QUE NO SE PUEDE HOMOLOGAR A UN (14332) A UNA LIGAMENTORAFIA O REINSERCCION LIGAMENTOS COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE"

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-13739- REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	161900.00	

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	161900.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LAS AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE EVIDENCIA QUE EL PACIENTE PRESENTA LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES, POR LO CUAL EL CIRUJANO PLASTICO VIO PERTIENTE Y DECIDE REALIZAR REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICUALRES (CODIGO 13739) PARA LOGRAR REPARACION DE LOS LIGAMENTOS QUE SE ENCONTRARON ROTOS. POR TAL MOTIVO SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO YA QUE NO SE PUEDE HOMOLOGAR A UN (14332) A UNA LIGAMENTORAFIA O REINSERCCION LIGAMENTOS COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE"

>> ITEM GLOSADO 6: SO1-39214- GRUPO 12

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	139800.00	

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	139800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LAS AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE EVIDENCIA QUE EL PACIENTE PRESENTA LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES, POR LO CUAL EL CIRUJANO PLASTICO VIO PERTIENTE Y DECIDE REALIZAR REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICUALRES (CODIGO 13739) PARA LOGRAR REPARACION DE LOS LIGAMENTOS QUE SE ENCONTRARON ROTOS. POR TAL MOTIVO SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO YA QUE NO SE PUEDE HOMOLOGAR A UN (14332) A UNA LIGAMENTORAFIA O REINSERCCION LIGAMENTOS COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE"

>> ITEM GLOSADO 7: SO1-21602- PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	839600.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	839600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, EL CODIGO 21602 HACE REFERENCIA AL VALOR DE CADA ESTUDIO REALIZADO ES DECIR EL VALOR DEL DISPARO. POR TANTO, SE DEBE PAGAR POR CADA DISPARO REALIZADO Y NO LA UTILIZACION DEL EQUIPO PARA TODO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, COMO ESTA ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 23 NUMERAL 6 DEL DECRETO 2423/96. DE LO CONTRARIO CITAR EN QUE ARTICULO DEL DECRETO NOS INDICA QUE SE DEBE CANCELAR POR ACTO QUIRURGICO Y NO POR DISPARO.

>> ITEM GLOSADO 8: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	HOJA DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTIENETES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. POR OTRO LADO SE FACTURAN 4 CLORUROS DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER ES UTILIZADO PARA LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS, SE ANEXA NUEVAMENTE HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS AL PACIENTE DONDE SE EVIDENCIA SU UTILIZACION, POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 9: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	800.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	800.00	SE ANEXA HOJA DE APLICACION Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LE FUE APLICADO TRAMADOL MEDICAMENTO QUE PARA SU APLICACION ES NECESARIA DE LA AGUJA HIPODERMICA Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO. POR LO TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	9,594,600.00
VALOR GLOSADO :	1413892.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1413892.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 13 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20302811	No.	199326	Siniestro	90755459	No. Factura	FEC163265		
Amparo	1 Gastos médicos	Fecha siniestro	28/07/2024	Fecha aviso	29/07/2024	Fecha recepción	18/09/2024		
Fecha formalización	18/09/2024	Fecha liquidación	04/10/2024	Póliza	811716700	Vigencia	24/08/2023	hast	23/08/2024
Id tomador	1022358033	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1084923326	Nombre	CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA			Ciuda	NEIVA		
Diagnósticos	T141								

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77710	OTROS	NO SE RECONOCE 13739 Y SE HOMOLOGA A 14332 DE ACUERDO A PROCEDIMIENTO SOPORTADO.	100%	810,500	161,900	648,600
1	39110	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 12	NO SE RECONOCE 13739 Y SE HOMOLOGA A 14332 DE ACUERDO A PROCEDIMIENTO SOPORTADO.	100%	472,100	99,800	372,300
1	39123	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 12	NO SE RECONOCE 13739 Y SE HOMOLOGA A 14332 DE ACUERDO A PROCEDIMIENTO SOPORTADO.	100%	221,200	44,700	176,500
1	39214	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 12	NO SE RECONOCE 13739 Y SE HOMOLOGA A 14332 DE ACUERDO A PROCEDIMIENTO SOPORTADO.	100%	1,299,000	139,800	1,159,200
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCÍONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	649,000	0	649,000
1	13170	OSTEOSÍNTESIS EN CLAVÍCULA		100%	185,700	0	185,700
1	39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 07		100%	109,400	0	109,400
1	39118	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 07		100%	48,900	0	48,900
1	39209	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 07		100%	348,500	0	348,500
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%	307,100	0	307,100
2	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	693,800	0	693,800
1	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	69,700	0	69,700
5	21602	PORTÁTILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIRÓFANOS)| AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	NO SE RECONOCEN 4.21602 NO DA LUGAR A COBRO, SE RECONOCE UN FLUOROSCOPIO POR PROCEDIMIENTO	100%	1,049,500	839,600	209,900
1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	777100	MAOS			2,856,800	0	2,856,800
1	77702	INSUMOS	EE. NO SE RECONOCEN AGUJA HIPODÉRMICA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE		117,430	800	116,630

			LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA. $800				
1	77701	MEDICAMENTOS	EE. NO SE RECONOCE 1 CLORURO 500 $ 4892 POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN.,,,,,	100%	233,670	4,892	228,678

1001	Cobrado	9,594,600
1002	Obj. Parcial	1,413,892
1003	Liquidado	8,180,708

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

PACIENTE: 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA CORRALES **TELEFONO:** 3125425646

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64401 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.26 **Nº POLIZA:** 8117167000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 29 de julio de 2024						
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	VAC1	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
				TOTAL SUMINISTRADO:	12.00	
FECHA DEL CONTROL : martes, 30 de julio de 2024						
00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	JFE1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HAC1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HAC1	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HAC1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
				TOTAL SUMINISTRADO:	38.00	
FECHA DEL CONTROL : miércoles, 31 de julio de 2024						

PACIENTE: 1084923326 PENCUE GUAR CRISTIAN DEMETRIO **EDAD:** 16

DIRECCION: VEREDA CORRALES **TELEFONO:** 3125425646

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64401 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.26 **Nº POLIZA:** 8117167000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VAC1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	VAC1	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	JFE1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	JFE1	

TOTAL SUMINISTRADO: 18.00

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:16:58 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. FEC163265

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5f3986ea10cdf1f4a67b7e4b5c916bdc0818b89536ca059432c034a6f12cd7dec2374583139bb1d468e66dbb5201b8eb

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
9594600

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-09-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
2843a718d34f7956a58f83d74c328532617e7a8955fac975cfbeaeb771ea962e1d933eb2499dbbc9a26204b2bd9a38f8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-30 03:23:57.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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. FEC163265

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5f3986ea10cdf1f4a67b7e4b5c916bdc0818b89536ca059432c034a6f12cd7dec2374583139bb1d468e66dbb5201b8eb

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
cb8d38e84729d8f1a17a0ca2eb14c8372abd03d8425e5ac2b41b3e0b57ac1b50fe37f8f06a8f2749dbbacc6bb479a491

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-30 04:34:53.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
5fc521c28309d06d5271dde95cb4f61385fab80c533ed61b06dd3d201491aabc17b535dddacd6d01ce69472b8922c79d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 12:07:42.000 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

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:16:58 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. FEC163265

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-08-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5f3986ea10cdf1f4a67b7e4b5c916bdc0818b89536ca059432c034a6f12cd7dec2374583139bb1d468e66dbb5201b8eb

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
85c68456bdc1b9d9fd910b8af0d10d3176d9a6e0c5555940539f25a99c09ad55bf162256cea0f8a1aa7c9ea482c8f75b

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 12:08:37.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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: 2/7/2025 -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 2016

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.02	11:50:46	2024.10.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63376

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 182619
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.08 - 12:12 2024.07.08 - 20:15

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN EDAD : 27 Años
DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 NEIVA TELEFONO: 3143161433
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								11	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								6	500	3,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								9	3,758	33,822
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								3	3,387	10,161
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.08	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.08	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.08	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.08	873121		APG				1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y	2024.07.08	873411		APG				1	76,700	76,700

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CA... 774 667 CODIGO ... CONSEJO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.18...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De... Fecha: 202...12.27 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has...-00080000 AUTORIZA

¡Recibido!
18 de Septiembre del 2024
20302813

24

Cufe: e9725d16b3ecd408000fc267cd01c47fd097cbdf81ca7c1634fd408f746fda...e92d972...0387d1aba931c69d40

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.355.481 - 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 2016

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.02	11:50:46	2024.10.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63376

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** **VIA DE INGRESO**

NIT: 860026416 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 182619

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.08 - 12:12	2024.07.08 - 20:15

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN EDAD : 27 Años

DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 NEIVA TELEFONO: 3143161433

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								11	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								6	500	3,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								9	3,758	33,822
20087651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								3	3,387	10,161
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.08	873206		APG				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.08	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.08	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.08	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.08	873121		APG				1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y	2024.07.08	873411		APG				1	76,700	76,700

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT: 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

24

Cufe: e9725d16b3ecd408000fc267cd01c4'fd097cbdf81ca7c1634fd408f746fdae92d972e2b7f28840387d1aba931c69d40

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 ,2024.09.02	11:50:48	2024.10.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63376

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS//INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	COXO FEMORALES										
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.07.08	871121		APG				1	99,300	99,300
	LABORATORIOS										
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.08	902208						1	34,300	34,300
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.08	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.08	902049						1	48,500	48,500
	OTROS										
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.08	890302		HJC				1	71,500	71,500
39146	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.08	890701		APG				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.08	S22101		EMF				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	1,666,859	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,666,859

SON: UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.02 11:54:05 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. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

23

Cufe: e9725d16b3ecd408000fc267cd01c47fd097cbdf81ca7c1634fd408f746fdae92d972e2b7f28840387d1aba931c69d40

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:	63376
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,417,353
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 249,506
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}:

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63376

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
RIVERA	PERDOMO

1er.Nombre	2do.Nombre
JONATHAN	

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1075302818

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 10/03/1997 Sexo: F M[X] O

Direccion: CARRERA 7 N 30 11

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3143161433

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 [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]
Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direccion de la Ocurrencia: CALLE 14 CON CARRERA 30

Fecha Evento/Accidente: 08/07/2024 Hora: 11:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KIK69G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN CANIN 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: KIK69G

Tipo de Vehiculo: Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: ATI501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8120822900 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 10/02/2024 Hasta: 09/02/2025

27

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

NO REGISTRA	NO REGISTRA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
NO REGISTRA	NO REGISTRA
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento: NO REGISTRA

Direccion: CARRERA 7 N 30 11

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001 — Telefono: 3143161433 — Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

RIVERA	PERDOMO
1er.Apellido	2do.Apellido
JONATHAN	
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento: 1075302818

Direccion: CARRERA 7 N 30 11

Departamento: HUILA — Cod. 41 — Telefono: 3143161433

Municipio: NEIVA — Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo: Placa Ambulancia:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·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 Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 08/07/2024 a las 12:12

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

Fecha de Egreso: 08/07/2024 a las 20:15

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Egreso

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

ANGELICA	MARIA
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
PRADAGOMEZ	
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 55302763

N·mero de Registro de Medico 55302763

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1666859	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.08 — HORA DE INGRESO: 12:12
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.07.08 — HORA DE EGRESO: 20:15
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.08-12:37:34 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KIK69G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN CANIN EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 12:15 PM
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DECARE 7/24 DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.
NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO TOS NO VOMITO NO FIEBRE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 75 FR: 17 TEMP: 36.5 TALLA: 186 PESO: 65 IMC: 19 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION ANTERIOR DERECHO CON ABRASIONES A ESTE NIVEL.
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS.
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES.
<<PELVIS>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DOLOR EN PELVIS A LA MOVILIZACION Y PALPACION, CON LIMITACION FUNCIONAL
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES SIMETRICAS CON EDEMA DOLOR Y LIMTIACION FUNCIONAL EN CODO, ANTEBRAZO DEREHCO Y MANOS BILATERAL, MUÑECAS BILATERAL, RODILLAS Y PIERNAS BILATERAL.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
QUEMADURAS CON FRICCION EN REGION PALMAR BILATERAL CON CONTAMINACION RESTO DE TIERRA, BORDES NECROTICOS. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS BILATERLA Y PIERNAS BILATERAL. ABRASIONES CON TATUAJE EN REGION DE CRESTA ILIADA DERECHA Y EN REGION DEL TORAX ANTERIOR DERECHO.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS,SE TOMAN PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- LEV
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- ¿REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PELVIS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

HEMOGRAMA PT Y TPT INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICA RIV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.07.08-14:20:36 MEDICO: / (AUXIL. EMF - EDNA MILENA FALLA MOTTA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 12:38 / 12:48 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: EDNA MILENA FALLA MOTTA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

12:38 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 ABRASIONES EN CODO, ANTEBRAZO, DERECHO, RODILLA BILATERAL, PIERNAS BILATERAL, CRESTA ILIACA DERECHA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 24.07.08-15:25:03 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TORAX: NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS. NO TRAZOS DE FRACTURAS EN REJA COSTAL

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PELVIS: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

***** FECHA: 24.07.08-15:41:44 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA: LEUC 5850, NEU 72.3%, LINF 19.8%, HB 15.8, HTO 44.8%, PLAQ 198.000
TP 15.4, TTP 34, INR 1.15

CONCEPTO: DENTRO DE LA NORMALIDAD.

***** FECHA: 24.07.08-16:09:56 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TORAX, EXTREMIDADES Y PELVIS,
AL EXAMEN FISICO: QUEMADURAS CON FRICCION EN REGION PALMAR BILATERAL CON CONTAMINACION RESTO DE TIERRA, BORDES NECROTICOS. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS BILATERAL Y PIERNAS BILATERAL. ABRASIONES CON TATUAJE EN REGION DE CRESTA ILIADA DERECHA Y EN REGION DEL TORAX ANTERIOR DERECHO. NO LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR NORMAL.

RX NORMALES

DX: CONTUSIONES Y ABRASIONES

ANALISIS: PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO. NO SE DOCUMENTAN LESIONES OSEAS EN RX. POR ORTOPEDIA NO REQUIERE CONDUCTAS ADICIONALES, SE DA ALTA.

PLAN:
ALTA POR ORTOPEDIA
MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 5 DIAS

**** FECHA: 24.07.08-16:11:03 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON ORTOPEDIA (DR CUERVO)
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** DEL EGRESO

**** FECHA: 24.07.08-20:16:07 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.

** PLAN DE MANEJO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.08-20:15:40 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

DR@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182619

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182619 **Fecha** 08/07/2024

Nombre Paciente: RIVERA PERDOMO JONATHAN - 1075302818 **Edad:** 27 **Sexo:** M

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	EMF	

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 12:38 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 ABRASIONES EN CODO, ANTEBRAZO, DERECHO, RODILLA BILATERAL, PIERNAS BILATERAL, CRESTA ILIACA DERECHA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

Edna Falla
QUIEN REALIZA

Jonathan Rivera
FIRMA DE PACIENTE

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 8-Jul-2024 10:40:5

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:** 2024.07.0	12:12
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	27 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN	1 NIVEL I		NEIVA	CARRERA 7 N 30 11	3143161433

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.07.08	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	EMF	10.00
2024.07.08	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	EMF	10.00
2024.07.08	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	EMF	6.00
2024.07.08	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	EMF	1.00
2024.07.08	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	EMF	2.00

PACIENTE: 1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN **EDAD:** 27

DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 **TELEFONO:** 3143161433

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64072 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.08 **Nº POLIZA:** 8120822900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 8 de julio de 2024						
12:38:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
12:38:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
12:38:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
12:38:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
12:38:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
12:38:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		DIA	GOR1	
12:38:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	GOR1	
12:38:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	GOR1	
12:38:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	GOR1	

TOTAL SUMINISTRADO: 15.00

19

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407080033

RIVERA PERDOMO JONATHAN — **202407080033**

Documento	: CC1075302818	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1997-07-08	Edad	: 27 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-07-08 02:08:08 pm F. Impreso : 2024-07-08 03:17:01 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	5.85	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	5.00	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	15.8	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	44.8	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	89.5	fl.	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.5	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.2	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	198	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	72.3	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	19.8	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	6.1	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	1.80	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	4.23	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	1.16	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.36	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.10	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	10.0	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	43.4	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.0	%	11.5 - 14.5
PDW	16.2		
PCT	0.198	%	

Validado por: Maria Salcedo
BACTERIOLOGA

Firma Digital: MARIA SALCEDO

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	15.40	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	34.00	seg	22.00 - 38.00
INR.	1.15		

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

MARIA GICELA RAMIREZ

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8373fb4670f050fb9c8921d346dd3dbbd132db3684a00c975f95ce7f646206e1146078bbc99eca8f17cbdc5764d5ffb0

Número de Factura: FE-10755
Fecha de Emisión: 16/07/2024
Fecha de Vencimiento: 15/08/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691
País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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

	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	NIU	1,00	$ 11.112.300,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.112.300,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JULIO DE 2024 1 AL 10
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-07-16 14:34:30
Documento generado el: 2024-07-16 14:34:29
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			11.112.300,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			11.112.300,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			11.112.300,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	**$**	11.112.300,00

Valores Informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICA ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422562-8

LA SUMA DE ONCE MILLONES CIENTO DOCE MIL TRECIENTOS PESOS MCTE ($11,112,300)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLINICOS PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JULIO DE 2024 (1 AL 10)

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
WILLIAM ORLANDO POLANIA OSPINA										
202407010001	CLINICA DE FRACTURAS	7716303	WILLIAM	ORLANDO	POLANIA	OSPINA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407010001	CLINICA DE FRACTURAS	7716303	WILLIAM	ORLANDO	POLANIA	OSPINA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407010001	CLINICA DE FRACTURAS	7716303	WILLIAM	ORLANDO	POLANIA	OSPINA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407010001	CLINICA DE FRACTURAS	7716303	WILLIAM	ORLANDO	POLANIA	OSPINA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407010001	CLINICA DE FRACTURAS	7716303	WILLIAM	ORLANDO	POLANIA	OSPINA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407010001	CLINICA DE FRACTURAS	7716303	WILLIAM	ORLANDO	POLANIA	OSPINA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
ANGELICA MARIA RODRIGUEZ CANO										
202407010002	CLINICA DE FRACTURAS	1075265446	ANGELICA	MARIA	RODRIGUEZ	CANO	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407010002	CLINICA DE FRACTURAS	1075265446	ANGELICA	MARIA	RODRIGUEZ	CANO	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407010002	CLINICA DE FRACTURAS	1075265446	ANGELICA	MARIA	RODRIGUEZ	CANO	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407010002	CLINICA DE FRACTURAS	1075265446	ANGELICA	MARIA	RODRIGUEZ	CANO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407010002	CLINICA DE FRACTURAS	1075265446	ANGELICA	MARIA	RODRIGUEZ	CANO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407010002	CLINICA DE FRACTURAS	1075265446	ANGELICA	MARIA	RODRIGUEZ	CANO	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DAMARIS PULIDO CASTAÑEDA										
202407010003	CLINICA DE FRACTURAS	1010022451	DAMARIS		PULIDO	CASTAÑEDA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500

202407080032	CLINICA DE FRACTURAS	12255319	JOSE	DOMINGO	CASTAÑEDA	MENDOZA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407080032	CLINICA DE FRACTURAS	12255319	JOSE	DOMINGO	CASTAÑEDA	MENDOZA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407080032	CLINICA DE FRACTURAS	12255319	JOSE	DOMINGO	CASTAÑEDA	MENDOZA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407080032	CLINICA DE FRACTURAS	12255319	JOSE	DOMINGO	CASTAÑEDA	MENDOZA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JONATHAN RIVERA PERDOMO										
202407080033	CLINICA DE FRACTURAS	1075302818	JONATHAN		RIVERA	PERDOMO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407080033	CLINICA DE FRACTURAS	1075302818	JONATHAN		RIVERA	PERDOMO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407080033	CLINICA DE FRACTURAS	1075302818	JONATHAN		RIVERA	PERDOMO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
MINDER STIVEN RODRIGUEZ RIOS										
202407090001	CLINICA DE FRACTURAS	1076903658	MINDER	STIVEN	RODRIGUEZ	RIOS	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407090001	CLINICA DE FRACTURAS	1076903658	MINDER	STIVEN	RODRIGUEZ	RIOS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407090001	CLINICA DE FRACTURAS	1076903658	MINDER	STIVEN	RODRIGUEZ	RIOS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
LUIS ANGEL MONTAÑO BAHAMON										
202407090002	CLINICA DE FRACTURAS	1076986691	LUIS	ANGEL	MONTAÑO	BAHAMON	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407090002	CLINICA DE FRACTURAS	1076986691	LUIS	ANGEL	MONTAÑO	BAHAMON	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407090002	CLINICA DE FRACTURAS	1076986691	LUIS	ANGEL	MONTAÑO	BAHAMON	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
MILVIA PEREZ ZUÑIGA										
202407090003	CLINICA DE FRACTURAS	36086254	MILVIA		PEREZ	ZUÑIGA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407090003	CLINICA DE FRACTURAS	36086254	MILVIA		PEREZ	ZUÑIGA	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407090003	CLINICA DE FRACTURAS	36086254	MILVIA		PEREZ	ZUÑIGA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407090003	CLINICA DE FRACTURAS	36086254	MILVIA		PEREZ	ZUÑIGA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900

202407100009	CLINICA DE FRACTURAS	1080295883	GREYDI	YANETH	ZAMORA	RODRIGUEZ	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JASBLEIDY ALEXANDRA RINCON QUINTERO										
202407100061	CLINICA DE FRACTURAS	1007705884	JASBLEIDY	ALEXANDRA	RINCON	QUINTERO	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407100061	CLINICA DE FRACTURAS	1007705884	JASBLEIDY	ALEXANDRA	RINCON	QUINTERO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407100061	CLINICA DE FRACTURAS	1007705884	JASBLEIDY	ALEXANDRA	RINCON	QUINTERO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407100061	CLINICA DE FRACTURAS	1007705884	JASBLEIDY	ALEXANDRA	RINCON	QUINTERO	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
TOTAL										*$ 12,347,000*
DESCUENTO DEL 10%										*$ 1,234,700*
TOTAL A CANCELAR										*$ 11,112,300*

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.06
HORA:	17:24:15
PAGINA No:	1

Numero: 91195 Fecha Ex. 08/07/24 Hora 11:15
Nombre Paciente: 1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN
Dirección: CARRERA 7 N 30 11 Telefono:3143161433 Edad:27 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo derecho y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo derecho observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
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 aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas de las estructuras óseas de la pierna.
Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas de las estructuras óseas de la pierna.
Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.06
HORA:	17:24:15
PAGINA No:	2

Numero: 91195 Fecha Ex. 08/07/24 Hora 11:14
Nombre Paciente: 1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN
Dirección: CARRERA 7 N 30 11 Telefono:3143161433 Edad:27 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

*HALLAZGOS

Proyección PA y lateral del tórax observándose adecuada expansión pulmonar bilateral.
La trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
Examen negativo para procesos pleuro pulmonares evolutivos.
Ángulos costofrénicos libres.
Mediastino y pedículo cardio aórtico dentro de límites normales.

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.

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.

6

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.06
HORA:	17:24:15
PAGINA No:	3

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 08/07/2024

Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Jonathan Rivera Perdomo identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075302818, 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 08/07/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente



Jonathan Rivera

Firma
Nombre: Jonathan Rivera Perdomo
c.c. 1075302818

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

RUNT 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:	KIK69G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028397876	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2024	COLOR:	BLANCO NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI2E073776
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51258RB001645	NÚMERO DE VIN:	9F2D51258RB001645
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	10/02/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8120822900	09/02/2024	10/02/2024	09/02/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8101966200	09/02/2023	10/02/2023	09/02/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63376 fechada el dia 24.09.02 cuyo paciente es RIVERA PERDOMO JONATHAN

HISTORIA No. 1075302818

GLOSA No: ZGL-1-48527 **SINIESTRO:** 63376

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310293

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	89306.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	89306.00	HOJA DE APLICACION Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTIENETES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXA NUEVAMENTE HOJA PARA REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS AL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA Y SE EVIDENCIA SU USO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	99000.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	99000.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63376 fechada el dia 24.09.02 cuyo paciente es RIVERA PERDOMO JONATHAN

HISTORIA No. 1075302818

GLOSA No: ZGL-1-48527 **SINIESTRO:** 63376

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	89306.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	89306.00	HOJA DE APLICACION Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTIENETES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXA NUEVAMENTE HOJA PARA REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS AL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA Y SE EVIDENCIA SU USO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	99000.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	99000.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	57600.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	57600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.

>> ITEM GLOSADO 4: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	600.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	600.00	SE ANEXA HOJA DE APLICACION Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE POR CRITERIO MEDICO ES DEJADO EN OBSERVACION Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 5: PRE-JERINGA-UNID JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	3000.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	3000.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE FACTURA DEACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, ADEMAS SE FACTURA COMO ESTA ESTABLECIDO EN EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 56. Las drogas, medicamentos y soluciones que se prescriban para

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:

El tratamiento del paciente, incluidos los elementos que se requieran en su aplicación (jeringas, agujas, equipos), diferentes a las que se consuman en los quirófanos, sala de parto, salas especiales para procedimientos y de recuperación, se pagarán hasta por el precio comercial del catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. El mismo precio se aplicará a las drogas y medicamentos que se utilicen en la realización de cualquier procedimiento definido en el Capitulo II, salvo las Excepciones establecidas en este Decreto. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR BJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,666,859.00
VALOR GLOSADO :	249506.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	249506.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20302813	**No.**	198163	**Siniestro**	90751913	**No. Factura**	FEC163376		
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	08/07/2024	**Fecha aviso**	11/07/2024	**Fecha recepción**	18/09/2024		
Fecha formalización	18/09/2024	**Fecha liquidación**	04/10/2024	**Póliza**	812082290	**Vigencia**	10/02/2024	**hast**	09/02/2025
Id tomador	1075302818	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075302818	**Nombre**	JONATHAN RIVERA PERDOMO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S500					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
6	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	NO SE RECONOCEN 2.21101 (MANO Y MUÑECA) Y 2.21102 (RODILLA Y PIERNA) Y SE HOMOLOGAN A 4.21106 DE ACUERDO A LESIONES PRESENTADAS Y ESTUDIOS PERTINENTES. /	100%, 100%	418,200	57,600	360,600
4	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCEN 2.21101 (MANO Y MUÑECA) Y 2.21102 (RODILLA Y PIERNA) Y SE HOMOLOGAN A 4.21106 DE ACUERDO A LESIONES PRESENTADAS Y ESTUDIOS PERTINENTES. /	100%, 100%	361,600	99,000	262,600
1	21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS Y COXO FEMORALES		100%	76,700	0	76,700
1	21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL		100%	99,300	0	99,300
1	19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	71,500	0	71,500
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA. NO SE RECONOCE (6) JERINGAS 5ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO.		19,800	3,600	16,200
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (2) CLORURO DE SODIO 500ML, (6) CLORURO DE SODIO 100ML, (2) DICLOFENACO, (2) TRAMADOL, (4) CEFAZOLINA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., NO SE RECONOCE (2) CLORURO DE SODIO 500ML, (6) CLORURO DE SODIO 100ML, (2) DICLOFENACO, (2) TRAMADOL, (4) CEFAZOLINA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., NO SE RECONOCE (2) CLORURO DE SODIO 500ML, (6) CLORURO DE SODIO 100ML, (2) DICLOFENACO, (2) TRAMADOL, (4) CEFAZOLINA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN.,	100%	133,959	89,306	44,653

NO SE RECONOCE (2) TRAMADOL, (4) CEFAZOLINA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN.,

NO SE RECONOCE (2) CLORURO DE SODIO 500ML, (6) CLORURO DE SODIO 100ML, (2) DICLOFENACO, (2) TRAMADOL, (4) CEFAZOLINA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN.

1001	Cobrado	1,666,859
1002	Obj. Parcial	249,506
1003	Liquidado	1,417,353

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

PACIENTE: 1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN **EDAD:** 27

DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 **TELEFONO:** 3143161433

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64072 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.08 **Nº POLIZA:** 8120822900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 8 de julio de 2024						
12:38:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
12:38:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
12:38:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
12:38:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
12:38:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
12:38:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		DIA	GORI	
12:38:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	GORI	
12:38:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	GORI	
12:38:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	GORI	

TOTAL SUMINISTRADO: 15.00

19

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:17:20 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. FEC163376

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
e9725d16b3ecd408000fc267cd01c47fd097cbdf81ca7c1634fd408f746fdae92d972e2b7f28840387d1aba931c69d40

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1666859

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-02 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
45b4f1ff6f71861db835ffb3be46fe51e67dc815ff9c4a71b63bbe573da38052b224c21fe54f0e65fb17e9f565761e72

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 11:51:05.000 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

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. FEC163376

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
e9725d16b3ecd408000fc267cd01c47fd097cbdf81ca7c1634fd408f746fdae92d972e2b7f28840387d1aba931c69d40

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
885212d888b36ba6dfa3ac6ce358910aaf3a2e4e1b92b5f4b99c7849ad250c639858645963b2edc594d272588b703dd0

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 12:55:44.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
a494bfe910f4aa04282fecf6b02add9a6478a4454797b62781648dd56ebfab04234af971ee9607fb9e1f92209e1d10d5

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:05:20.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:17:20 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. FEC163376

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
e9725d16b3ecd408000fc267cd01c47fd097cbdf81ca7c1634fd408f746fdae92d972e2b7f28840387d1aba931c69d40

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
268c65d9165ac46f4f8d24deee41c98072f9e1ed16f177aa4962c7ec974cdd74f2f12f28c2888e4ac35b06ba4c1ae294

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:05:30.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.09.02	11:51:19	2024.10.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63377

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** **VIA DE INGRESO**

NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO — EVENTO — AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 182647

CONTRATO/PLAN			REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HOR EGRESO
001	02	SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.08 - 12:12	2024.07.08 - 22:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN EDAD : 27 Años

DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 NEIVA TELEFONO: 3143161433

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1f Interv 100%										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	8-Jul-2024	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	241,900	241,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	8-Jul-2024	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	158,100	158,100
39207	GRUPO 05	8-Jul-2024	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	431,600	431,600
39302	GRUPOS 04 05 06	8-Jul-2024	39302	1		100.0%	4-MATERIAL	CLF	1	176,500	176,500
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								1	0	0
908608	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
890701	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY								1	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								5	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								20	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								20	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.08	890202				HAP		1	61,200	61,200

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 CAM... ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPE... NIT. 800.110.18...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023-12-... por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hast... -00080000 AUTORIZA...

Cufe: 39f4abe55dbcf78445f40f2ba1c24ec73c331cd011a260bb8fb936df5424e2596dd9cd0dcfd167d0208fb92162f2eccb...

Recibido!
18 de Septiembre del 2024
20302814

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.395.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

22

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.02	11:51:19	2024.10.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63377

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 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: 182647

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.07.08 - 12:12
FEC-HORA EGRESO: 2024.07.08 - 22:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN
EDAD : 27 Años
DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 NEIVA TELEFONO: 3143161433

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	8-Jul-2024	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	241,900	241,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	8-Jul-2024	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	158,100	158,100
39207	GRUPO 05	8-Jul-2024	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	431,600	431,600
39302	GRUPOS 04 05 06	8-Jul-2024	39302	1		100.0%	4-MATERIAL	CLF	1	176,500	176,500
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015601	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-08	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19998775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
890701	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY								1	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	0	0
19933606-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								5	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								20	0	0
19976402-01	SEVORANE 250 ML								20	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.08	890202				HAP		1	61,200	61,200

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

22

Cufe: 39f4abe5bdbcf78445f40f2ba1c24ec73c331cd011a260bb8fb936df5424e2596dd9cd0dc8d157b0208fb92162f2eccb

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 ,2024.09.02	11:51:19	2024.10.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63377

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.08	890202		JHT				1	61,200	61,200

VALOR BRUTO:	1,162,000	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,162,000

SON: UN MILLON CIENTO SESENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.02 11:54:32 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

21

Cufe: 39f4abe55dbcf78445f40f2ba1c24ec73c331cd011a260bb8fb936df5421e2596dd9cd0dc8d157b0208fb92162f2eccb

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:	63377
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,039,600
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 122,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63377

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
RIVERA	PERDOMO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JONATHAN	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] No. Documento: 1075302818

De: 4100t Fecha de Nacimiento: 10/03/1997 Sexo: F [ ] M [X] O [ ]

Direccion: CARRERA 7 N 30 11

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3143161433

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¼n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: CALLE 14 CON CARRERA 30

Fecha Evento/Accidente: 08/07/2024 Hora: 11:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U [X] R [ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KIK69G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN CANIN 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: KIK69G

Tipo de Vehiculo:											
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8120822900 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 10/02/2024 Hasta: 09/02/2025

25

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
NO REGISTRA	NO REGISTRA

1er.Nombre	2do.Nombre
NO REGISTRA	NO REGISTRA

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** NO REGISTRA

Direccion: CARRERA 7 N 30 11
Departamento: HUILA **Cod.** 41
Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3143161433 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
RIVERA	PERDOMO

1er.Nombre	2do.Nombre
JONATHAN	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1075302818

Direccion: CARRERA 7 N 30 11
Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3143161433
Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [ ] **Orden servicio** [ ]
Fecha de Remision: / / a las
Prestador que remite: **Codigo de inscripcion:**
Direccion: **Telefono:**
Profesional que Remite: **Cargo:**
Fecha de Aceptacion: / / a las
Prestador que recibe: **Codigo de inscripcion:**
Direccion: **Telefono:**
Profesional que recibe: **Cargo:** **Placa Ambulancia:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 08/07/2024 a las 12:12
Diagnostico presuntivo de Ingreso
Diagnostico definitivo de Ingreso
S500 CONTUSION DEL CODO
Diagnostico relacionado de Ingreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

Fecha de Egreso: 08/07/2024 a las 22:30
Diagnostico presuntivo de Egreso
Diagnostico definitivo de Egreso
S500 CONTUSION DEL CODO
Diagnostico relacionado de Egreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
ANGELICA	MARIA

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
PRADAGOMEZ	

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 55302763

N·mero de Registro de Medico 55302763

24

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

757

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1162000	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

28

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.08 — HORA DE INGRESO: 12:12
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.07.08 — HORA DE EGRESO: 22:30
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.08-12:37:34 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KIK69G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL TRATAR DE ESQUIVAR UN CANIN EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 12:15 PM
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DECARE 7/24 DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.
NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO TOS NO VOMITO NO FIEBRE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 75 FR: 17 . TEMP: 36.5 TALLA: 186 PESO: 65 IMC: 19 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION ANTERIOR DERECHO CON ABRASIONES A ESTE NIVEL.
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS.
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES.
<<PELVIS>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DOLOR EN PELVIS A LA MOVILIZACION Y PALPACION, CON LIMITACION FUNCIONAL
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES SIMETRICAS CON EDEMA DOLOR Y LIMTIACION FUNCIONAL EN CODO, ANTEBRAZO DERECHO Y MANOS BILATERAL, MUÑECAS BILATERAL, RODILLAS Y PIERNAS BILATERAL.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
QUEMADURAS CON FRICCION EN REGION PALMAR BILATERAL CON CONTAMINACION RESTO DE TIERRA, BORDES NECROTICOS. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS BILATERLA Y PIERNAS BILATERAL. ABRASIONES CON TATUAJE EN REGION DE CRESTA ILIADA DERECHA Y EN REGION DEL TORAX ANTERIOR DERECHO.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS,SE TOMAN PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- LEV
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- ¿REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PELVIS

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

HEMOGRAMA PT Y TPT INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICA RIV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.07.08-14:20:36 MEDICO: / (AUXIL. EMF - EDNA MILENA FALLA MOTTA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 12:38 / 12:48 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: EDNA MILENA FALLA MOTTA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

12:38 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 ABRASIONES EN CODO, ANTEBRAZO, DERECHO, RODILLA BILATERAL, PIERNAS BILATERAL, CRESTA ILIACA DERECHA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 24.07.08-15:25:03 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TORAX: NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS. NO TRAZOS DE FRACTURAS EN REJA COSTAL

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PELVIS: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

***** FECHA: 24.07.08-15:41:44 MEDICO: / (DR(A), SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA: LEUC 5850, NEU 72.3%, LINF 19.8%, HB 15.8, HTO 44.8%, PLAQ 198.000
TP 15.4, TTP 34, INR 1.15

CONCEPTO: DENTRO DE LA NORMALIDAD.

***** FECHA: 24.07.08-16:09:56 MEDICO: / (DR(A), HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TORAX, EXTREMIDADES Y PELVIS,
AL EXAMEN FISICO: QUEMADURAS CON FRICCION EN REGION PALMAR BILATERAL CON CONTAMINACION RESTO DE TIERRA, BORDES NECROTICOS. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS BILATERAL Y PIERNAS BILÁTERAL. ABRASIONES CON TATUAJE EN REGION DE CRESTA ILIADA DERECHA Y EN REGION DEL TORAX ANTERIOR DERECHO. NO LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR NORMAL.

RX NORMALES

DX: CONTUSIONES Y ABRASIONES

ANALISIS: PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO. NO SE DOCUMENTAN LESIONES OSEAS EN RX. POR ORTOPEDIA NO REQUIERE CONDUCTAS ADICIONALES, SE DA ALTA.

PLAN:
ALTA POR ORTOPEDIA
MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 5 DIAS

**** FECHA: 24.07.08-16:11:03 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON ORTOPEDIA (DR CUERVO)
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**** FECHA: 24.07.08-20:16:07 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA

16

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.08-20:15:40 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

*** FECHA: 24.07.08-22:27:13 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

EXTREMIDADES: A1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS, PIERNAS. ASI COMO TAMBIEN EN CRESTA ILIADA DERECHA Y TORAX ANTERIOR DERECHO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 21:45 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 21:45 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.08-21:50:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.08-22:27:31 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

EXTREMIDADES: A1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS, PIERNAS. ASI COMO TAMBIEN EN CRESTA ILIADA DERECHA Y TORAX ANTERIOR DERECHO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 21:45 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 21:45 PM

***** FECHA: 24.07.08-22:28:14 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JHOAN ALBEIRO BAZAN
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 21:50 / 22:10 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 18718
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

14

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
EXTREMIDADES:
- ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS, PIERNAS. ASI COMO TAMBIEN EN CRESTA ILIADA DERECHA Y TORAX ANTERIOR DERECHO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 24.07.08-22:30:59 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65067

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RIVERA PERDOMO JONATHAN

DOC.IDENT:	CC 1075302818	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11		
FCHA.NACTO:	1997.03.10	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143161433
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

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
APLICAR RIFOCINA SPRAY (O MERCURIO CROMO CON GASAS ESTERILES) EN AREAS DE TRAUMA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
PROTECCION SOLAR POR 3 MESES EN AREAS DE TRAUMA
ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
TOMAR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS ORDENADOS
SIGNOS DE ALARMA: ACUDIR POR URGENCIAS SI PRESENTA FIEBRE, CALOR, ENROJECIMIENTO, SECRECION O DOLOR INTENSO EN HERIDA(S) QUIRURGICA(S)
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.08-22:30:13 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: 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. Harol Alberto Perdomo Díaz
Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

DR@. HAROL ALBERTO PERDOMO
REG. MED: 7708263

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18718

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182647 Fecha 08/07/24

Nombre Paciente: RIVERA PERDOMO JONATHAN 1075302818 Edad: 27 Sexo: M

Hora inicio 21:50 Hora fin: 22:10 Duraci¾n: 00:20 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HAP- HAROL ALBERTO PERDOMO Ayudante: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionPAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADAS CON TIERRA Y PIEDRAS EN EXTREMIDADES.	1. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADAS CON TIERRA Y PIEDRAS EN EXTREMIDADES.

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vla
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HAP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:
EXTREMIDADES:
- ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS, PIERNAS. ASI COMO TAMBIEN EN CRESTA ILIADA DERECHA Y TORAX ANTERIOR DERECHO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1075302818

ADMISION N_: 182647

NOMBRE: RIVERA PERDOMO JONATHAN **Num. Id-:** CC 1075302818
FECHA NACIMIENTO: 1997.03.10 **EDAD:** 27 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.07.08 **HORA DE INGRESO:** 22:27:13 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.08 22:27
DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3143161433
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.08

<< REGISTRO: 22:27:13 >> (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

--><<2024.07.08-12:37:34>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 182619
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.07.08-20:54:21>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 182647

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: CORRECION QUIRURGICA DE PIE CHAPIN

ANESTESICOS: MULTIPLES ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2024.07.08-22:27:13>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 182647
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

1075302818

ADMISION N_: 182647

NOMBRE: RIVERA PERDOMO JONATHAN **Num. Id-:** CC 1075302818
FECHA NACIMIENTO: 1997.03.10 **EDAD:** 27 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.07.08 **HORA DE INGRESO:** 22:27:13 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.08 22:27
DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3143161433
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES TA: 120/75 FC: 78 FR: 16 Tmp: 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

EXTREMIDADES: AL ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO, RODILLAS, PIERNAS. ASI COMO TAMBIEN EN CRESTA ILIADA DERECHA Y TORAX ANTERIOR DERECHO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

EVOLUCION

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 21:45 PM

ANALISIS/PLAN

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 21:45 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.08-21:50:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2024.07.08 **HORA DE EGRESO:** 21:50:00 **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: _____

6

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 182647 - 10000

NOMBRE:	RIVERA PERDOMO JONATHAN		C.C. -TI-RC-OTRO	1075302818	
EDAD:	27 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1997.03.10	SEXO:	M
DIRECCION:	CARRERA 7 N 30 11			TELEFONO:	3143161433
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2024.07.08

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.07.08-12:37:34>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 182619

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><<2024.07.08-20:54:21>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 182647

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: CORRECION QUIRURGICA DE PIE CHAPIN

ANESTESICOS: MULTIPLES ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2024.07.08-22:27:13>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 182647

NO REFIERE

EXAMEN FISICO:

PA: 128/72 **FC:** 84 **FR:** 21 **PESO:** 65 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
ABRASIONES EN PALMAS DE MANSO Y EN CARA ANTERIOR DEL TERCIO SUPERIOR DEL MUSLO DERECHO, CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CONTAMINADAS CON TIERRA Y PIEDRAS

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 182647 - 10000

NOMBRE: RIVERA PERDOMO JONATHAN C.C. -TI-RC-OTRO 1075302818
EDAD: 27 A FECHA DE NACIMIENTO: 1997.03.10 SEXO: M
DIRECCION: CARRERA 7 N 30 11 TELEFONO: 3143161433
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:
Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**
INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**
P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

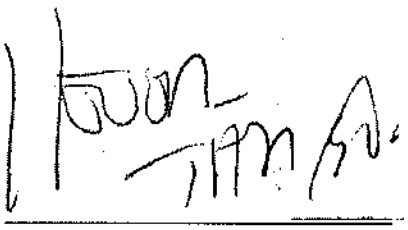
DIAGNOSTICO: T016
HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)
PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.07.08 **HORA:** 20:54:17

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA:  RM: 11771/90

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Romero	Pacheco	Jonathan	10 05 30 26 91 0

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
9 1 24 13	27	M F	186	65	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DIR.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Osteosarcoma — Tumor de células gigantes

OPERACION PROPUESTA: Resección — Cirugía de salvamento

HISTORIA Y OBSERVACIONES

ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

1 — No — No

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO — IOT SI NO — VIA AEREA — DIENTES — CUELLO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: NL

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
X	GENERAL

ESTADO PSICOLOGO: Tranq

RBC	FFP	PLQ	
			NECESITA SANGRE: NO c.c.

PREMEDICACION: NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: OK

REPARACION E / A / C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL Rojo a lo largo

HEMORRAGIA —

REFLEJOS +

MOTILIDAD +

HORA	

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

TOTALES

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Cuarto bajo Anestesia General y se cumplió el Tiempo Quirúrgico y Anestésico sin complicaciones

HORA SALIDA Y MOTIVO: mejor

FIRMA

5

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUES ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION

CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No.	▽
I NT No.	
E OT No.	△
E NT No.	
PULSO	◉
RESPIRACION	○
T.A.	XX
INDUCCION	Ø
INICIACION Y FINALIZACION	◉
NEONATO MASC. FEM.	♂ a
PVC	XXX
T°	
TORNIQUETE	▨
E C G	∧∨∧
1 AL 5 LIQUIDOS	
6 AL 16 DROGAS	

MORA

AGENTES

1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 8-Jul-2024 10:45:2

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:** 2024.07.0	12:12
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	27 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1075302818 RIVERA PERDOMO JONATHAN	1 NIVEL I		NEIVA	CARRERA 7 N 30 11	3143161433

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.08	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.07.08	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.07.08	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	20.00
2024.07.08	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.07.08	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LYC	5.00
2024.07.08	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	20.00
2024.07.08	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.07.08	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	2.00
2024.07.08	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.07.08	CLI	F243630	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY	LYC	1.00
2024.07.08	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	100.00
2024.07.08	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	100.00
2024.07.08	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.08	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.08	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LYC	1.00
2024.07.08	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	1.00
2024.07.08	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	4.00
2024.07.08	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	LYC	2.00
2024.07.08	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.08	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	1.00
2024.07.08	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	1.00
2024.07.08	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.08	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	1.00

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.302.818
RIVERA PERDOMO

JONATHAN

FIRMA

Jonathan Rivera P.



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

2

RUNT 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:	KIK69G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028397876	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2024	COLOR:	BLANCO NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI2E073776
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51258RB001645	NÚMERO DE VIN:	9F2D51258RB001645
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	10/02/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8120822900	09/02/2024	10/02/2024	09/02/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8101966200	09/02/2023	10/02/2023	09/02/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 17/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63377 fechada el dia 24.09.02 cuyo paciente es RIVERA PERDOMO JONATHAN

HISTORIA No. 1075302818

GLOSA No: ZGL-1-48459 **SINIESTRO:** 63377

Recibido! 21 de Octubre del 2024 20309287

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 17/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63377 fechada el dia 24.09.02 cuyo paciente es RIVERA PERDOMO JONATHAN

HISTORIA No. 1075302818

GLOSA No: ZGL-1-48459 **SINIESTRO:** 63377

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

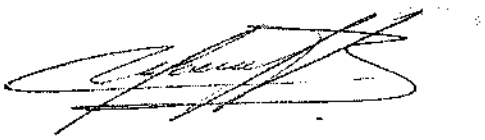
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,162,000.00
VALOR GLOSADO :	122400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	122400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20302814	**No.**	198163	**Siniestro**	90751913	**No. Factura**	FEC163377		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	08/07/2024	**Fecha aviso**	11/07/2024	**Fecha recepción**	18/09/2024	
Fecha formalización	18/09/2024	**Fecha liquidación**	03/10/2024	**Póliza**	812082290	**Vigencia**	10/02/2024	**hast**	09/02/2025
Id tomador	1075302818	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075302818	**Nombre**	JONATHAN RIVERA PERDOMO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T 149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15183	DERMOABRACION AREA GENERAL		100%	241,900	0	241,900
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05		100%	158,100	0	158,100
1	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 05		100%	431,600	0	431,600
1	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06		100%	176,500	0	176,500
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39139 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	61,200	61,200	0
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	0	0	0
1	77702	INSUMOS			31,500	0	31,500

1001	**Cobrado**	**1,162,000**
1002	**Obj. Parcial**	**122,400**
1003	**Liquidado**	**1,039,600**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:17:43 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. FEC163377

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
39f4abe55dbcf78445f40f2ba1c24ec73c331cd011a260bb8fb936df5424e2596dd9cd0dc8d157b0208fb92162f2eccb

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1162000

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-02 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
7b28ab061d705a61e1f2b1debc1abf5a778ebcc5f096045430f12a5a699d9f2fc7d9aa82413ee7b1e7484467c1fb7d5d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 11:51:32.000 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 7 de 02 de 2025 a las 02:17:43 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. FEC163377

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
39f4abe55dbcf78445f40f2ba1c24ec73c331cd011a260bb8fb936df5424e2596dd9cd0dc8d157b0208fb92162f2eccb

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
9410481cecb9b189182fec98b93fe1fb90acb29ae4c431b4824e8ffd72ba997e687b9510ce85951ef2b1f175d66b0751

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-02 12:21:10.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
0394783756d24f1ed8669ff032cead3dfb27f05571a27152c54f2a82d2a4f17a2ac4d5cc2d5b26310cc6507d86e2e37a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:05:41.000 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

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. FEC163377

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
39f4abe55dbcf78445f40f2ba1c24ec73c331cd011a260bb8fb936df5424e2596dd9cd0dc8d157b0208fb92162f2eccb

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
3ce60ab64427172f95a0d0bee927e28b8bee4b01621ea5f5038c7e9582fabc6bb247142eae34cd14d59d1a9152c2f751

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:05:51.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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: 2/7/2025 -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 ,2024.09.07	15:15:13	2024.10.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63528

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 183856
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO**
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.28 - 23:02 2024.07.29 - 14:50

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN EDAD : 27 Años
DIRECCION: VEREDA LOS PINOS PALERMO TELEFONO: 3103052112
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	29-Jul-2024	S55101					JAB	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,568
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932764-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.29	873121					JAB	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.29	873121					JAB	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.29	873121					JAB	1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.07.29	873411					JAB	1	76,700	76,700
21701	CRANEO SIMPLE	2024.07.29	879111					JAB	1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.07.29	879131					JAB	1	758,200	758,200
21712	TORAX	2024.07.29	879301					JAB	1	719,200	719,200

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2024-12-17 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 01e62dabde05671994c8e78fa3ec60b1f725d9fda6e3b508c383b654d0502d6fdebdbb6a8d76d791c468ea005c0d296

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.395.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit: 900.390.126 - 6

Recibido!
27 de Septiembre del 2024
20305065

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 837 Acuerdo 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.07	15:15:13	2024.10.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63528

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 183856
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.28 - 23:02 2024.07.29 - 14:50

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN EDAD : 27 Años
DIRECCION: VEREDA LOS PINOS PALERMO TELEFONO: 3103052112
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	29-Jul-2024	S55101					JAB	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,568
19996776-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932764-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.29	873121					JAB	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.29	873121					JAB	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.29	873121					JAB	1	90,400	90,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2024.07.29	873411					JAB	1	76,700	76,700
21701	CRANEO SIMPLE	2024.07.29	879111					JAB	1	690,900	690,900
21708	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.07.29	879131					JAB	1	758,200	758,200
21712	TORAX	2024.07.29	879301					JAB	1	719,200	719,200

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 01e62dabde05671994c8e78fa3ec60b1f725d9fda6e3b508c383b654d0502d6fdebdbbc6a26763791c468ea005c0d296

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

15

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
*Autorotenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.07	15:15:13	2024.10.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63528

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
21714	PELVIS	2024.07.29	879460		JAB				1	643,400	643,400
21715	ABDOMEN TOTAL	2024.07.29	879420		JAB				1	946,500	946,500
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2024.07.29	879150		JAB				1	758,200	758,200
	LABORATORIOS										
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.07.29	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.29	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.07.29	903841						1	20,700	20,700
19749	NITROGENO UREICO	2024.07.29	903856						1	16,500	16,500
19775	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO	2024.07.29	907106						1	21,900	21,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.29	902046						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.29	902049						1	48,500	48,500
19959	TROPONINA T	2024.07.29	903436						1	105,900	105,900
	OTROS										
CABEST	CABESTRILLO GASA N-A	2024.07.29	CABESTRILL		JAB				1	0	0
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.07.29	935304		JAB				1	77,700	77,700
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.07.29	890402		JOH				1	79,100	79,100
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.29	890701		JAB				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.29	S22101		VIC				1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.07.29	S22103		JAB				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	6,273,790	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	6,273,790

SON:SEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.07 03:18:36 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 01e62dabde05671994c8e78fa3ec60b1f725d9fda6e3b508c383b654d0502d6fdebdbbc6a26763791c468ea005c0d296

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:	63528
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,721,698
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,552,092
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

EWT

Usuario: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}:

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63528

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
SUAREZ	TABARES

1er.Nombre	2do.Nombre
DAYAN	ESTIVEN

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE

No. Documento: 1000064469

De: 11003 Fecha de Nacimiento: 27/08/1997 Sexo: [ ] F [X] M [ ] O

Direccion: VEREDA LOS PINOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3103052112

Municipio: PALERMO Cod. 524

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 5 VIA TERUEL PALERMO VEREDA ALMORZADERO

Fecha Evento/Accidente: 28/07/2024 Hora: 16:24

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TERUEL Cod. 801 Zona: [ ] U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PMQ33G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN SEMOVIENTE 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: PMQ33G

Tipo de Vehiculo:									
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta [ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro [ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 Intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8117167000 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 24/08/2023 Hasta: 23/08/2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

ARIAS	LEIVA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
RUSBERY	
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 1022358033

Direccion: VEREDA LOS PINOS

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: 3103052112 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

SUAREZ	TABARES
1er.Apellido	2do.Apellido
DAYAN	ESTIVEN
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 1000064469

Direccion: VEREDA LOS PINOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3103052112

Municipio: PALERMO Cod. 524

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [X] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: 28/07/2024 a las 19:04

Prestador que remite: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE Codigo de inscripcion: 418010026101

Direccion: CARRERA 3 N 3 38 Telefono: 8780303 HUILA-TERUEL

Profesional que Remite: JESUALDO ARIZA GUERRERO Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 28/07/2024 a las 19:19

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Codigo de inscripcion: 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 Telefono: 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN Cargo: MEDICO GENERAL Placa Ambulancia:

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 Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 28/07/2024 a las 23:02

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

Diagnostico relacionado de Ingreso
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S)

Fecha de Egreso: 29/07/2024 a las 14:50

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnostico relacionado de Egreso
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S)

BAZAN	
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
JHOAN	ALBEIRO
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 1061724214

N·mero de Registro de Medico 1061724214

47

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	6273790	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la infornacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y 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 asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+	TEL:	3103052112

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 — HORA DE INGRESO: 23:02
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.07.29 — HORA DE EGRESO: 14:50
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
RELACIONADO1: S610 - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
RELACIONADO2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.29-00:00:05 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 PMQ33G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN SEMOVIENTE EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: TERUEL VALORADO A LAS: 23+02 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 28/07/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 16 : 24 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: TRAMADOL, CEFRADINA Y TOXOIDE TECTANICO REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTA. AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 85 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 170 PESO: 68 IMC: 24 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad DOLOR A LA PALACION BITEMPORAL, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara DOLOR A LA PALPACION MALAR Y MENTON LIMITACION Y DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<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, DOLOR A LA PALPACION COSTAL IZQUIERDA QUE LIMIMTA LA MECANICA RESPIRATORIA. No

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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>>
Pelvis estable DOLOR A LA PALAPCION no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN MANO IZQUIERDA INMOVILIZACCION VENDAJE ELASTICO EN 8 MIEMBROS SUPERIORES DE MALA CALIDAD , SE RETIRA, DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN REGION DE CLAVICULA, CODO MUSLO IZQUIERDO, AMBAS MANOS Y HOMBROS. LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL 2 DEDO MANO DERECHA
Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. CEFALEA 8/10 No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES TATUAJE DE PAVIMENTO EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA , RODILLA DERECHA, HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2 DEDO MANO DERECHA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, SANGRADO ESCASO IRREGULAR CON LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL DEDO.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PELVIS

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - GLICEMIA, 6 - TROPONINA.

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 7 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- DIETA NORMAL HASTA LAS 07 AM LUEGO NADA VIA 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 Y CIRUJANO GENERAL
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.29-00:13:16 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 00:02 / 00:12 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN FOSA ILIACA IZQUIERDA+ HERIDA EN 2 DEDO DE LA MANO DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

*** FECHA: 24.07.29-01:18:07 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA TERCIO MEDIO CAVALGADA.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: FRACTURA DE CLAVICULA.

TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES, HEMATOMA SUBGALAR DERECHO.

TAC DE CARA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC DE TORAX: NO SE EVIDENCIAN IMÁGENES COMPATIBLES CON NEUMO, HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO, FRACTURA DE 3 Y 4 ARCO COSTAL IZQUIERDO, NO ALTERACIONES CARDIACAS EVIDENTE.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PELVIS: IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA NO DESPLAZADA DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA.

PARACLINICOS DE:29/07/2024
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 10.68 %NEUTROFILOS: 70.1 % LINFOCITOS: 22.6 HEMOGLOBINA: 13.9 %HEMATOCRITO: 39.6 MCV: 83.8 MCH: 29.5 PLAQUETAS: 235.000 GLICEMIA: 106 TIEMPOS: TP: 13.40 TPT: 31.00 INR: 0.91 CREATININA : 1.1 BUN: 16 TROPONINA: 0

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA SIN LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. NORMOGLICEMICO, BUENA FUNCION RENAL . TIEMPOS NORMALES. TROPONINA NEGATIVA,

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PASAR A SALA DE YESO.

*** FECHA: 24.07.29-01:19:22 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 00:00 / 00:05 DURACION: 00:04

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.29-01:19:29 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.29-06:40:43 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR EN CADERA Y REGION DE CRESTA ILIACA MAS GEMIANDOMEN LADO IZQUIERRDO, TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 122/78 FR: 18 T: 36.7, P: 81 SATO2: 98% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL CON TRAUMA IMPORTANTE EN REGION DE CRESTA ILIACA Y HEMAIBDOMEN IZQUIERDO POR LO CUAL ANTE SOSPECHA DE FRACTURA MAS SINTOMATOLOGIA EN EL CONTEXTO DE POLITRAUMA SS TAC PARA DESCARTAR COMPROMMISO A ESTE NIVEL, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE PELVIS

SS UROANALISIS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.07.29-11:18:06 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO SUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 126/62 MMHG, FC: 76 X MIN, FR: 17 X MIN, SATURACION: 96%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, CON PRESENCIA DE FRACTURA DE 4 ARCO COSTAL IZQ EN SU PORCION POSTERIOR , ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES, NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA.

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX, ABDOMEN Y PELVIS
FRACTURA DE 4 ARCO COSTAL POSTERIOR IZQ .

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, ABDOMEN Y PELVIS , SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR HOLMAN CALDERON
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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: 24.07.29-11:56:26 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 DE ABDOMEN SIMPLE NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

TAC DE PELVIS NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE DE UROANALISIS

*** FECHA: 24.07.29-12:41:34 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
UROANALISIS
PROTEINAS NEGATIVO
GLUCOSA NEGATIVO
DENSIDAD 1.020
LEUCOCITOS NEGATIVO
CETONAS NORMAL
PH 6.0
SANGRE NEGATIVO

NO SUGESTIVO DE INFECCION

*** FECHA: 24.07.29-14:47:44 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON DIAGNÓSTICOS DE:

1 --- FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2--- -FRACTURA 4 ARCO COSTAL IZQUIERDO.
3 ----FRACTURA DE ALERON ILIACO IZQUIERDO NO DESPLAZADA.
4 --- HERIDA COMPLEJA EN 2 DEDO MANO DERECHA
5--- TRAUMA EN TORAX Y ABDOMEN.
6 -- TRAUMA CRANEO-FACIAL.
7-- CONTUSIONES Y ABRASIONES.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SIGNOS VITALES ESTABLES: TA: 120/80 FR: 18 RPM, T: 36.8 GRADOS, SATO: 95% PULSO: 79 LXM.
DOLOR A LA PALPACION CRANEOFACIAL.
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.
DOLOR A LA PALPACIONCOSTAL IZQUIERDA VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
NO SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN SIN DOLOR.
PELVIS ESTABLE.
NEUROLOGICAMENTE ESTABLE.
PIEL: ABRASIONES TATUAJE DE PAVIMENTO EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA , RODILLA DERECHA, HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2 DEDO MANO DERECHA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, SANGRADO ESCASO IRREGULAR CON LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL DEDO DE 3 CM.

A NIVEL DE: CODO MUSLO IZQUIERDO, AMBAS MANOS Y HOMBROS. PRESENTA: LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD, MAYOR EN HOMBRO IZQUIERDO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA MAS LIMITACIÓN FUNCIONAL Y AUMENTO DE VOLUMEN, PERFUSION DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS. LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL 2 DEDO MANO DERECHA.

RX:
1 --- FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA.
2--- -FRACTURA 4 ARCO COSTAL IZQUIERDO.
3 ---FRACTURA DE ALERON ILIACO IZQUIERDO NO DESPLAZADA. CONFIRMADO EN TAC DE PELVIS.
4--- RESTO DE RADIOGRAFIAS NORMALES.

PACIENTE CON MULTIPLES CONTUSIONES Y ABRASIONES, MAS HERIDA COMPLEJA 2 DEDO MANO DERECHA CON LESION DE TENDON EXTERSOR POR LO CUAL SE PARA PARA REVISION Y MANEJO DE HERIDA, FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA. CON INDICACION QUIRURGICA SE PROGRAMA OSTEOSINTESIS. FRACTURA DE ALERON ILIACO IZQUIRDO NO DESPLAZADA. EL CUAL NO REQUIERE DE MANEJO QUIRURGICO. EN EL MOMENTO ESTABLE POSTERIOR A CIRUGIA SE HOSPITALIZA PARA CONTINUAR MANEJO.

** ORDENES Qx:

TIPO DE CIRUGIA: OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA.
FECHA: MARTES 30/07/2024
MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: PLACA BLOQUEADA DISTAL DE CLAVICULA TRAER SET DE PLACAS Y TORNILLOS.
TIEMPO QUIRÚRGICO: 45 MINUTOS.
HOSPITALIZADO

CONDUCTA:
1 ---NADA VIA ORAL.
2 --PENDIENTE LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA
3 ---PROGRAMR OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA
4 ---HOSPITALIZAR POSTERIOR A CIRUGIA DE DEDO MANO DERECHA
5 --- SEGUIMIENTO.

***** FECHA: 24.07.29-14:49:50 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE RELIZA MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:
1 --- FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2--- -FRACTURA 4 ARCO COSTAL IZQUIERDO.
3 ----FRACTURA DE ALERON ILIACO IZQUIERDO NO DESPLAZADA.
4 ---- HERIDA COMPLEJA EN 2 DEDO MANO DERECHA
5--- TRAUMA EN TORAX Y ABDOMEN.
6--- TRAUMA CRANEO-FACIAL.
7-- CONTUSIONES Y ABRASIONES.

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 MANEJO POR TRAUMATOLOGIA, YA CON ALTA POR CIRUGIA GENERAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
RASLADO A SALAS DE CIRUGIA

** DEL EGRESO

***** FECHA: 24.07.29-14:50:43 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: 2024.07.29-14:50:35 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. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA
RELACIONADO 1: M758 - OTRAS LESIONES DEL HOMBRO

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 1061.724.214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183856

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183856 **Fecha** 2024/07/29

Nombre Paciente: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN - 1000064469 **Edad:** 26 **Sexo:** M.

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagn%sticos Definitivos:

1. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Descripcion de las Intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	VIC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci%n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN FOSA ILIACA IZQUIERDA+ HERIDA EN 2 DEDO DE LA MANO DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

Valentina
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Ago-2024 10:19:2

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:** 2024.07.2 23:02
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 27 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN 1 NIVEL I PALERMO VEREDA LOS PINOS 3103052112

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.29	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2024.07.29	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2024.07.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2024.07.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2024.07.29	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183856

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183856 **Fecha** 29/07/2024

Nombre Paciente: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN - 1000064469 **Edad:** 27 **Sexo:** M

Quien Realiza: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S223-FRACTURA DE COSTILLA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	JAB	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

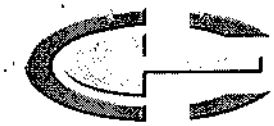
Descripci¾n: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UAHCA/SCA
RM 1.061.724.214

QUIEN REALIZA

Steven Suarez

FIRMA DE PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Ago-2024 10:19:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.07.2 23:02
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 27 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN 1 NIVEL I PALERMO VEREDA LOS PINOS 3103052112

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.29	CLI	CABESTRIL	CABESTRILLO GASA	JAB	1.00

PACIENTE: 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN **EDAD:** 27

DIRECCION: VEREDA LOS PINOS **TELEFONO:** 3103052112

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64403 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.26 **Nº POLIZA:** 890110037980100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 29 de julio de 2024						
00:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
00:01:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
00:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
00:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
00:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
00:01:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	VACI	
00:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	VACI	
00:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	VACI	
00:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
00:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
08:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:01:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	MFA	
08:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	MFA	
08:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFA	
08:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
12:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 35.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202407290001

SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

202407290001

Documento	: CC1000084469	Género	: Masculino
F. Nacimiento	: 1998-07-29	Edad	: 26 Años
Dirección	:	Teléfono	:
EPS			

Sede	Servicio : URGENCIA
Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Municipio	
F. Ingreso	: 2024-07-29 12:33:15 am F. Impreso : 2024-07-29 12:50:36 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Homograma IV			
Recuento de Leucocitos	10.68	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.73	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	13.9	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	39.6	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	83.8	fl	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	29.5	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.2	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	235	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	70.1	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	22.6	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	6.8	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	0.50	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	7.49	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.42	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.72	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.05	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	8.9	fl	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	44.6	fl	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	14.0	%	11.5 - 14.5
PDW	15.5		
PCT	0.209	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	16.00	mg/dl	9.00 - 20.00
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.	106.0	mg/dl	74.0 - 106.0
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	1.1	mg/dl	0.7 - 1.3

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407290001

Informe preliminar

SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN — **202407290001**

Documento	: CC1000064469	**Género**	: Masculino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1998-07-29	**Edad**	: 26 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-07-29 12:33:15 am	**F. Impreso** : 2024-07-29 12:50:36 am

TROPONINA CUANTITATIVA. 0

VALORES DE REFERENCIA

NEGATIVO: 0.012 – 0.033 ng/ml
POSITIVO PERCENTIL99: : 0.034 – 0.120 ng/ml
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: MAYOR O IGUAL: 0.120 ng/ml

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	13.40	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	31.00	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.91		

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado



SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

202407290026

Documento	: CC1000064469	**Género**	: Masculino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1998-07-29	**Edad**	: 26 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-07-29 11:48:06 am	**F. Impreso** : 2024-07-29 12:17:49 pm

MICROSCOPIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
UROANALISIS			
PROTEINAS	NEGATIVO		
GLUCOSA	NEGATIVO		
DENSIDAD	1.020		
NITRITOS	NEGATIVO		
LEUCOCITOS	0cel/ul		
SEDIMENTO			
CELULAS EPITELIALES	0-2/C		
LEUCOCITOS	0-2/C		
BACTERIAS	ESCASAS		
BILIRRUBINA	0umol/l		
CETONAS	0mmol/l		
UROBILINOGENO	NORMAL		
PH	6.0		
SANGRE	NEGATIVO		
ASPECTO			
ASPECTO	LIG TURBIO		
COLOR			
COLOR	AMARILLO		
Acido Ascorbico	NEGATIVO	mmol/L	
Calciuria	2,5mmol/l	mmol/L	
Creatinuria	17.6mmol/l	mmol/L	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
NIT: 900.422.862-8
Calle 18 No. 6 – 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE** y **MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. **900.422.862-8**, certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT No. **800.110.181-9** se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022, 2023 y de los meses de ENERO, a JULIO de 2024, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los seis (06) días del mes de agosto de 2024.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

C.C. No. 36309066 NEIVA
Contador Público
T.P. No.123297-T

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

MARIA GICELA RAMIREZ

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8e11668 1bf8e196b8b2bfdac43b75a22bf40f063648ce26f3455c2e3ccfbad22a1344063eae4fe9f57580cbcb04a1507

Número de Factura: FE-10878
Fecha de Emisión: 06/08/2024
Fecha de Vencimiento: 05/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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

No.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								Nombre	%	Nombre	%	
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	NIU	1,00	$ 14.357.340,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 14.357.340,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JULIO DE 2024 21 AL 31
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-08-06 14:19:55
Documento generado el: 2024-08-06 14:19:54
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	14.357.340,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	14.357.340,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	14.357.340,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $ 1	14.357.340,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICA ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422862-8

LA SUMA DE CATORCE MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS CUARENTA PESOS MCTE ($14,357,340)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLINICOS PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JULIO DE 2024 (21 AL 31)

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
STIVEN MUÑOZ CHAUX										
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	UROANALISIS	$ 21,900
DAYANA LIZETH CUELLAR LOSADA										
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
MARGOT CASTILLO QUIROGA										
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300

202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	$	35,900
202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
FRANCISCO GARZON TOVAR											
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	NITROGENO UREICO	$	16,500
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$	20,700
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	Hemograma IV	$	34,300
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202407280014	CLINICA DE FRACTURAS	12139878	FRANCISCO		GARZON	TOVAR	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
CRISTIAN DEMETRIO PENCUE GUAR											
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	NITROGENO UREICO	$	16,500
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	Hemograma IV	$	34,300
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202407280015	CLINICA DE FRACTURAS	1084923326	CRISTIAN	DEMETRIO	PENCUE	GUAR	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARES											
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	NITROGENO UREICO	$	16,500
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$	20,700
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	Hemograma IV	$	34,300
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500

202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	TROPONINA CUANTITATIVA	$ 105,900
DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARES										
202407290026	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	UROANALISIS	$ 21,900
SAMUEL GUTIERREZ GALINDO										
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
REINEL MEDINA PEREZ										
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DIANA MARCELA ZEA TOLE										
202407290076	CLINICA DE FRACTURAS	1019143614	DIANA	MARCELA	ZEA	TOLE	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407290076	CLINICA DE FRACTURAS	1019143614	DIANA	MARCELA	ZEA	TOLE	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407290076	CLINICA DE FRACTURAS	1019143614	DIANA	MARCELA	ZEA	TOLE	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300

202407310081	CLINICA DE FRACTURAS	1075304489	SEBASTIAN		HERMOSA	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407310081	CLINICA DE FRACTURAS	1075304489	SEBASTIAN		HERMOSA	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
									TOTAL	*$ 15,952,600*
									DESCUENTO DEL 10%	*$ 1,595,260*
									TOTAL A CANCELAR	*$ 14,357,340*

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.29
HORA:	10:03:12
PAGINA No:	1

Numero: 91822 Fecha Ex. 28/07/24 Hora 17:44
Nombre Paciente: 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN
Dirección: VEREDA LOS PINOS Telefono: 3103052112 Edad: 27 A Sexo: M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP de la clavícula izquierda advierte fractura fragmentada del 3°medio de la clavícula hay satisfactorio alineamiento de los segmentos fracturados.
Pequeños focos óseos desprendidos sobre el área de la fractura.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

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.
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 y acromio clavicular con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP lateral del fémur izquierdo observándose esta estructura ósea con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
Moderado edema de los tejidos blandos del muslo.

RADIOGRAFIA DE PELVIS

*HALLAZGOS

Proyección AP neutra de la pelvis observándose ligero ascenso de la hemipelvis derecha.
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 de la mano derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.29
HORA:	10:03:12
PAGINA No:	2

Numero: 91822 Fecha Ex. 28/07/24 Hora 17:45
Nombre Paciente: 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN
Dirección: VEREDA LOS PINOS Telefono:3103052112 Edad:27 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda en la que se advierte irregularidad del contorno y de la densidad ósea del 3° distal del 5° metacarpiano.
Relación articular es satisfactoria consolidado.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se advierten alteraciones.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.
Observándose artefacto hiperdenso focal hacia el aspecto medial interno del hemisferio cerebral derecho.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

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.

TAC MAXILAR INFERIOR

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo los diferentes segmentos del maxilar inferior.

HALLAZGOS:

Las articulaciones temporo mandibulares tienen características normales.
Los cóndilos del maxilar inferior y la superficie articular temporal son normales, la relación articular y el espacio articular esta conservado.

17

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.29
HORA:	10:03:12
PAGINA No:	3

Numero: 91822 Fecha Ex. 28/07/24 Hora 17:46
Nombre Paciente: 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN
Dirección: VEREDA LOS PINOS Telefono:3103052112 Edad:27 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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.

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 los diafragmas.

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 no muestran alteraciones.
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

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.29
HORA:	10:03:23
PAGINA No:	1

Numero: 91823 Fecha Ex. 29/07/24 Hora 17:43
Nombre Paciente: 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN
Dirección: VEREDA LOS PINOS Telefono:3103052112 Edad:27 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE ABDOMEN SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE ABDOMEN SIMPLE

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el abdomen en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el apéndice xifoides hasta la sínfisis del pubis.

HALLAZGOS:

A nivel del tejido pulmonar se advierte adecuada expansión pulmonar bilateral.
El aspecto y la distribución de la trama vascular pulmonar es usual.
No se observan consolidaciones del tejido pulmonar ni otras alteraciones de carácter evolutivo.
No hay compromiso pleural.
El hígado tiene morfología general, contornos y volúmenes normales, su densidad homogénea esta conservada.
No hay alteraciones focales del tejido hepático.
El bazo no muestra alteraciones.
La vesícula biliar, el páncreas y las glándulas suprarrenales no muestran alteraciones.
Los riñones tienen morfología, tamaño y disposición usual.
Su densidad homogénea esta conservada.
No hay dilatación de los sistemas colectores.
Aorta y vena cava inferior con trayecto y diámetros normales.
No hay alteraciones retroperitoneales.
Los pilares diafragmáticos y los músculos psoas tienen contexto normal.
En la cavidad pélvica se observa 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 liquido libre en cavidad peritoneal.

TAC DE PELVIS

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor desde la unión lumbosacra hasta la sínfisis del pubis.

HALLAZGOS:

Las estructuras óseas observadas de la pelvis no muestran irregularidades.
Los segmentos de los iliacos en su aspecto inferior observados en ambos lados son normales.
Los acetábulos y las ramas iliacas tienen características anatómicas normales.
Los contornos óseos de la superficie articular de los acetábulos y de las cabezas femorales son normales.
El espacio articular y la relación articular coxa femoral son normal en ambos lados.
La cabeza y el cuello femorales no muestran alteraciones.
La sínfisis del pubis es normal.
Los segmentos del sacro y del coxis tienen aspecto satisfactorio.
A nivel de los tejidos blandos se observa la vejiga urinaria en situación central de contornos regulares, sin defectos intrínsecos.
El útero, el recto y la grasa peri -rectal no muestran cambios
Los músculos del piso pélvico y los músculos psoas no muestran alteraciones.
No hay evidencia de masas, colecciones liquidas a nivel de la pelvis.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.29
HORA:	10:03:23
PAGINA No:	2

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva 28 JULIO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARES identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No 1000064469, 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 28/07/2024 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre: DAYAN ESTIVEN SUAREZ
c.c. 1000064469

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

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
NIT. 813010472-5
CARERA 3 3-38 (Tel:8780303)

Remisiones
202407280008 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 28 MES 07 AÑO 2024 **Autorización:** x
No. de Historia Clínica CC1000064469
Sede ESE HOSPITAL SAN ROQUE Código 418010026101
Institución a la que se remite - Código 000000

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
DAYAN ESTIVEN	SUAREZ	TABARRES	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1000064469
Dirección VEREDA EL TABLON Teléfono 0000000000 Edad 26 Ano(s)
Municipio TERUEL Departamento Huila Urbano 3183062112 Rural X
Lugar y Fecha de Nacimiento - 28/08/1997
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso
D 28 M 07 A 2024
Fecha de Egreso
D 28 M 07 A 2024

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 JESUALDO ARIZA GUERRERO
Firma y Sello
Dr. Jesualdo Ariza Guerrero U. Surcolombiana Médico y Cirujano RSC. Medico. 164 - S
C.C 84079982
Registro Médico

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN El Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO; SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO, SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; TRAUMATISMO CRANEANO LEVE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, FRACTURA DE PRIEMR METACARPINAO DERECHO; HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA SIN COMPROMISO OSTEOTENDINOSO; CONTUSION DE CADERA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INIDICA INICAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBITICA, ANTITETANICA, INMOVILIZACION DE CLAVICULAR IZQUIERDA, REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE. SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA. PLAN. INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA NADA VIA ORAL SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA. CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS,D:0. Fi: 28-07-24.. DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS TRAMADOL 50MG SC AHORA TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA, CURACION Y SUTURA DE HERIDAS INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE

12

MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO: TAC CEREBRAL SIMPLE.

Nivel de Competencia

Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1		2		3	X	4	

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 19:04 Hora 19 Minutos 04

Nombre de la persona que solicita la Remisión

JESUALDO ARIZA GUERRERO.(MEDICINA)

Hora Confirmación 19:04 Hora 19 Minutos 04

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

1

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL: CONDUCTOR LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	V204
FRACTURA DE LA CLAVICULA	S420
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	S626
CONTUSION DE LA CADERA	S700

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EQU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO: CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGION PARIETAL IZQUIERDA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
130/85	115	36,00	20	163,0	65,00	

Hallazgos del Examen Físico

ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CONSCIENTE,ORIENTADO EN TRES ESFERAS; AFEBRIL, HIDRATADO,ANICTERICO, ALGIDO, QUEJUMBROSO **Cabeza:**Anormal EDEMA SUBGALEAL EN REGION PARIETAL IZQUIERDA, NORMOCEFALO PINRL MUCOSAS HUMEDAS Y RODASA, ESCLERAS ANICTERICAS - **Cuello:**Anormal EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA, CUELLO MOVIL, DOLOROSO, PULSOS ADECUADOS - **Torax:**Normal RUIDOS CARDICOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO CONSERVADOSIN AGREGADOS, NO TIRAJES. - **Abdomen:**Normal BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL - **G/U:**Normal - **Extremidades:**Anormal EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA EDEMA , DOLOR Y CREPITANBCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE ARTICUALCION METACARPOFALANGICA DE PRIMER DEDO HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD, CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO, DOLOR A LA FLEXO EXTENSION DE MUSLO IZQUIERDO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL PULSOS DISTALES PRESENTES , PERFUSION DISTAL ADECUADA - **Neurológico:**Normal CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW15/15 - **Nariz:**Normal - **Oidos:**Normal OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES - **Boca:**Normal MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA - **Ojos:**Normal PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVOS A LA LUZ, ESCLERAS NO ICTERICAS - **Piel:**Normal DESCRITO EN EXTREMIDADES - **Ano:**Normal - **Osteomuscular:**Normal

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

28/07/2024 a las 19:03:16.

EDEMA SUBGALEAL EN REGION PARIETAL IZQUIERDA
EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA
EDEMA , DOLOR Y CREPITANBCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE ARTICUALCION METACARPOFALANGICA DE PRIMER DEDO
HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD,
CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO,
DOLOR A LA FLEXO EXTENSION DE MUSLO IZQUIERDO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL
PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO, SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; TRAUMATISMO CRANEANO LEVE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, FRACTURA DE PRIEMR METACARPINAO DERECHO; HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA SIN COMPROMISO OSTEOTENDINOSO; CONTUSION DE CADERA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INIDICA INICAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBITICA, ANTITETANICA, INMOVILIZACION DE CLAVICULAR IZQUIERDA, REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE. SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA.
PLAN.
INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
CURACION Y SUTURA DE HERIDAS
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL; CONDUCTOR LESIONADO EN	V204
ACCIDENTE DE TRANSITO	S420
FRACTURA DE LA CLAVICULA	S626
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	S700
CONTUSION DE LA CADERA	

Observaciones o Sugerencias

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO, SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; TRAUMATISMO CRANEANO LEVE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, FRACTURA DE PRIEMR METACARPINAO DERECHO; HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA SIN COMPROMISO OSTEOTENDINOSO; CONTUSION DE CADERA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INIDICA INICAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBITICA, ANTITETANICA, INMOVILIZACION DE CLAVICULAR IZQUIERDA, REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE. SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA. PLAN. INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA NADA VIA ORAL SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA. CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24.. DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS TRAMADOL 50MG SC AHORA TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA. CURACION Y SUTURA DE HERIDAS INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

Impreso por:

KAREN NATALIA LAGUNA CERQUERA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
CARERA 3 3-38 - Tel:6780303
Nit. 813010472-5
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 28 de Julio de 2024 Hasta 28 de Julio de 2024
CC 1000064469 - DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARRES

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	28/08/1997 - 26 Año(s)
Género:	Masculino
RH	O+
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	Ninguno
Ocupación:	No Aplica
Estado civil:	No Aplica
Grupo de atención:	Otro
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	NOTIENE@GMAIL.COM
Responsables del paciente:	
Parentesco del responsable:	
Teléfono del responsable:	

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Huila
Municipio:	Teruel
Dirección:	Vereda El Tablon
Telefono:	0000000000 - 0000000000

Administradora	Tipo de usuario
LA EQUIDAD SEGUROS	SOAT

Atención: 202407280008

Fecha y Hora de Ingreso: 28/07/2024 18:20:08

Identificación:	CC 1000064469	Edad en la atención:	26 Año(s)
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS	Nombre:	DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARRES
Poliza:		Tipo de Usuario:	Soat
Servicio de Ingreso:	Urgencias Ambulatorio	Autorización:	

Datos del acompañante

Tipo: Otro Nombre: P Dirección: Vereda El Tablon Telefono: 0000000000

TRIAGE

• Triage

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:56:59 **Profesional:Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .)** **Identificación:** CC 84079982

Motivo: ME ACCIDENTE PORQUE SE NOS ATRAVESO UNA VACA

Signos Vitales

Peso:65.00 Kg Talla:163.0 cm MC:24.46 Kg/m^2 FC:115 Min. FR:20 Min. Temp:36.00 °C PA:130/85 TM: 100 Saturación:96.00 %

Hallazgos Clinicos: EDEMA SUBGALEAL EN REGION PARIETAL IZQUIERDA EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA EDEMA , DOLOR Y CREPITANBCIA ?SEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE ARTICUALCION METACARPOFALANGICA DE PRIMER DEDO HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD, CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ?SEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO. DOLOR A LA FLEXO EXTENSION DE MUSLO IZQUIERDO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL

Impresión Diag: V204 MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL: CONDUCTOR LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Clasificación: Triage I

Conducta: Urgencias.

• Signos Vitales

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1		28/07/2024	19:01:51	65.00	163.0	24.46	115	20	36.00	130/85	100	0	96.00	KAREN NATALIA LAGUNA

• Notas Medicas

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:03:16 **Profesional: Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .)** **Identificación:CC 84079982**

Nota

EDEMA SUBGALEAL EN REGION PARIETAL IZQUIERDA
EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA
EDEMA , DOLOR Y CREPITANBCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE ARTICUALCION METAC ARPOFALANGICA DE PRIMER DEDO
HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LON GITUD,
CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGR ADO MODERADO.
DOLOR A LA FLEXO EXTENSION DE MUSLO IZQUIERDO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL
PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 8 60 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA E L ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO S E LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDID A APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACI ÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL. ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIER DA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERE CHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO. SE CONSIDERA ACCIDE NTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; TRAUMATISMO CRANEAN O LEVE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, FRACTURA DE PRIEMR METACARPINAO DERECHO; HERI DA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA SIN COMPROMISO OSTEOTENDINOSO; CONTUSION DE C ADERA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INIDICA INICAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBITICA, ANTITETANI CA, INMOVILIZACION DE CLAVICULAR IZQUIERDA, REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN PO R ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE. SE EXPL ICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA.

PLAN.
INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
CURACION Y SUTURA DE HERIDAS
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOL OGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

- **Notas Enfermeria**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:11:11 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579
Nota

USUARIO MASCULINO DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARRES DE 26 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA RECO GIDO POR AMBULANCIA EN TRIPULACION DE AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIL OEU 860 EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR PACIENTE A VALORACION CEF ALCUADAL CONSIENTE, ALERTO Y ORIENTADO, COLABORADOR QUE REFIERE "ME ACCIDENTE PORQUE SE ME ATRAVESO UNA VACA " SE PASA A SALA DE PROCEDIMIENTOS, CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS D E PROTECCIÓN PERSONAL, SE REDIRECCIONA AL PUNTO DE TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE E NCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMEROS NORMALES, SE LE ENSEÑAN AL MEDICO DE TURNO SE ORDEN A

PLAN.
INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
CURACION Y SUTURA DE HERIDAS
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGÍA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLO GICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:14:47 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579
Nota

SE PASA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSO NAL, SE UBICA PACIENTE EN POSICION COMODA SE LE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO DE CANALIZACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS QUIEN ATIENDE DE MANERA CORRECTA, SE REALIZA PRE VIA ASEPSIS DE MANOS SE OBSERVA ZONA DE PUNSION, SE CANALIZA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERD O VENA CEFALICA INFERIOR CON CATETER N° 20 CON EQUIPO DE MACAROGOTEO EN BUEN ESTADO Y MEDICAMENTOS CORRECTOS SE REGRISTRA EN FORMATO DE VENOPUNCION , SE TRASALADA A SALA D E OBSERVACION HOMBRES. PENDIENTE REVALORAR Y DEFINIR CONDUCTA.

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:15:16 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 1
Cod: 38915 Nomb: Sala de observacion Primer Nivel Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE TRASLADA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTO A LA SALA DE OBSERVACION HOMBRES EN CAMA CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE ESTA SABANA LIMPIA Y SABAÑAS DE MOVIMIENTO Y CUIDADOS, SE INFORMA SOBRE SU ESTANCIA, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS HACIA ARRIBA CON TRATAMIENTO SE LE EXPLICA AL USUARIA Y FAMILIAR EL LLAMADO DE ENEFERMERIA Y LAS HORAS DE VISITAS, PEDIENTE REVALORACION POR MEDICO DE TURNO Y DEFINIR CONDUCTA PACIENTE

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:15:39 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 2
Cod: 9005 Nomb: TAB EN AMBULANCIA POR KM DIA Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PACIENTE QUIEN ES RECOGIDO EN EL KILOMETRO 5 VIA VEEDA ALMORZADERO, POR AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA CERQUERA, CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIEL OEU 860, CONCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO.

- **Prescripcion**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:16:50 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Indentificación:** CC 1007273579

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia		Duracion	T.Dosis	Entregar
8058801	Sodio Cloruro 0.9% SoluciÃ³n Inyectable Solucion inyectable 500 ML	1000.00 ML	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	2 BOL.
*								
MQ-1066	Equipo de Macrogoteo Equipo de Macrogoteo	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-10126	CatÃ©ter No. 20 CatÃ©ter Intravenoso No. 20	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-1062	Buretrol 150ml Buretrol 150ml	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								

MQ-101	SEDA SILKA NEGRA 2/0 SEDA NEGRA 2/0	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
N02AX0202	Tramadol 50mg Ampollas Tramadol 50mg Ampollas Solucion inyectable 50 MG/ML	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
*								
J01DB0902	Cefradina 1g Ampollas Cefradina 1g Ampollas Solucion inyectable 1 G	1.00 GRAMOS	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 AMP.
*								
N028B02	Dipirona 1gr Ampollas Dipirona SÃ³dica 1gr Ampollas Solucion Inyectable 40 - 50 %	2.00 GRAMOS	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	2 AMP.
*								
MQ-10107	Venda ElÃ¡stica 6x5 Venda ElÃ¡stica 6x5	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								

Observaciones:

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:17:36 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero,(medicina .) **Identificación:** CC 84079982

N°: 3
Cod: 39146 Nomb: Sutura Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
NOTA DE PROCEDIMIENTO

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA LOCAL CON XILOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA 8 CC: SE REALIZA SUTURA HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO. NO COMPROIMISO NEUROVASCUALR, CON SEDA 2.0, CON 8 PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y SEPARADOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE LAVA Y SE CUBRE HERIDA CON GASA ESTERIL

SE ORDENA TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.

- **Medicamentos**

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	28/07/2024	19:18:17	J01DB0902	Cefradina 1g Ampollas	NO APLICA	1.00 GRAMOS	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	19:18:22	B05BB01	Sodio Cloruro 0.9%	NO APLICA	1000.00 ML	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	19:18:28	N028B02	Dipirona 1gr Ampollas	NO APLICA	2.00 GRAMOS	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	19:18:34	N02AX0202	Tramadol 50mg Ampollas	NO APLICA	1.00 UNID	KAREN NATALIA LAGUNA

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	28/07/2024	19:18:42	MQ-10126	Catéter No. 20	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
2	28/07/2024	19:18:43	MQ-1066	Equipo de Macrogoteo	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
3	28/07/2024	19:18:44	MQ-1062	Buretrol 150ml	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
4	28/07/2024	19:18:45	MQ-101	SEDA SILKA NEGRA 2/0	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
5	28/07/2024	19:18:46	MQ-10107	Venda Elástica 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
1	28/07/2024	19:18:42	MQ-10126	Catéter No. 20	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**
2	28/07/2024	19:18:43	MQ-1066	Equipo de Macrogoteo	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA
Orden	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Cantidad**	**Unidad**	**Indicaciones**	**Profesional**

3	28/07/2024	19:18:44	MQ-1062	Buretrol 150ml	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
4	28/07/2024	19:18:45	MQ-101	SEDA SILKA NEGRA 2/0	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
5	28/07/2024	19:18:46	MQ-10107	Venda Elástica 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional

URGENCIAS

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:20:28 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 4
Cod: 39146 Nomb: Sutura Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
NOTA DE PROCEDIMIENTO

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA LOCAL CON XILOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA 8 CC; SE REALIZA SUTURA HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO. NO COMPROIMISO NEUROVASCUALR, CON SEDA 2.0, CON 8 PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y SEPARADOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE LAVA Y SE CUBRE HERIDA CON GASA ESTERIL

SE ORDENA TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:20:47 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 5
Cod: 39202 Nomb: Derechos de sala para curaciones Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS DE URGENICAS CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA DE CUBIDO SUPINO SE LE INFORMA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR SE LE ESXPLICA QUE PREVIA A LA VALORACION DEL MIEMBRO COMPROMETIDO EL MEDICO VALORARA LA GRAVEDAD DE LA HERIDA, SE REALIZA PREVIO LAVADO DE MANOS; SE PROCEDE A LIMPIAR HERIDA CON SSN 0.9% + ISODINE ESPUMA + ISODINE SOLUCION + APOSITOS Y COMPRESAS, SIN NINGUNA COMPLICACIONES

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:22:21 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 6
Cod: 39201 Nomb: Derechos de sala para suturas Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA LOCAL CON XILOCAINA AL2% SIN EPINEFRINA 4 CC; DE 4 CM DE LONGITUD CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO. NO COMPROIMISO NEUROVASCUALR, CON SEDA 2.0, CON 8 PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y SEPARADOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE LAVA Y SE CUBRE HERIDA CON GASA ESTERIL

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:25:01 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982

N°: 7
Cod: 37401 Nomb: Curación simple con inmovilización Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

- **Prescripcion**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:38:08 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia		Duracion	T.Dosis	Entregar
MQ-1012	SEDA -SILK 4-0	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:38:08	1 Dia(s)	1	1 UNI.

Nota: *

Observaciones:

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
6	28/07/2024	19:38:20	MQ-1012	SEDA -SILK 4-0	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional

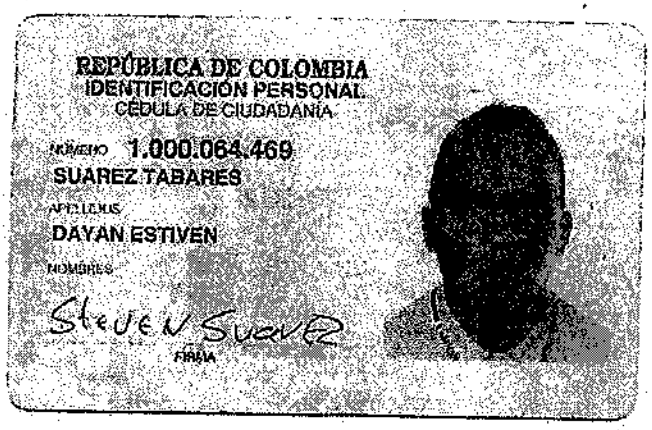
Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional

URGENCIAS

- **Procedimientos**

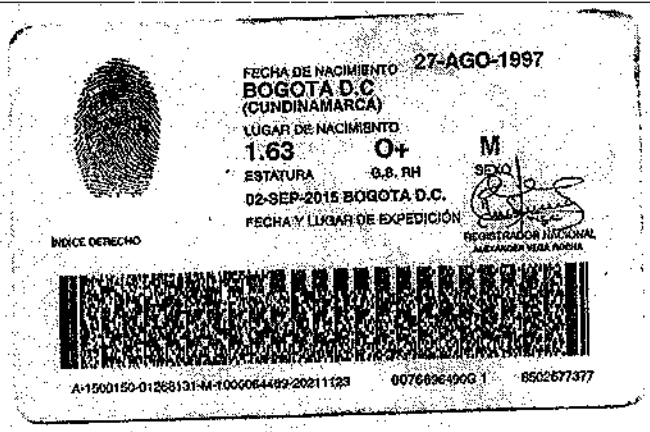
Fecha y Hora: 28/07/2024 19:38:33 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 8
Cod: 37401 Nomb: Curación simple con inmovilización Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:52:40 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 9
Cod: 9004 Nomb: TAB EN AMBULANCIA REMISIONES NOCHE DOMINGOS Y FESTIVOS Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PACIENTE QUIEN ES ACEPTADO EN CLINICA DE FRACTURAS, SALE EN REMISION CON AUXILIAR FRANCY SALAZAR, CONDUCTOR ESTEBAN GAMARRA EN LA MOBIL OEU 860.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.064.469
SUAREZ TABARES
APELLIDOS
DAYAN ESTIVEN
NOMBRES
Steven Suarez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

A-1500150-01268131-M-1000064469-20211123 0076064900 1 8502677377

A

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029861248

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PMQ33G	AKT	AK125NKD EIII	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO MATE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: 157FMI098323E3

REG: N

VIN: 9F2D51250RB026989

NÚMERO DE SERIE: *****

REG: N

NÚMERO DE CHASIS: 9F2D51250RB026989

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

ARIAS LEIVA RUSBERY

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1022358033

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE: *****

POTENCIA HP: 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902023000130428

VR:

FECHA IMPORT.: 15/08/2023

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.S

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
25/08/2023	25/08/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT0700269115B

SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL		HASTA LAS 23.59 HORAS DEL	
2023-08-23		2023-08-24		2024-08-23

No. DE POLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8117167000	PMQ33G	MOTOS	PARTICULAR	124	2024

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	AKT	
LINEA VEHICULO	AK125NKD EIII	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
157FMI098323E3	9F2D51250RB026989	9F2D51250RB026989	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ARIAS LEIVA, RUSBERY	3229042405	CC	1022358033	TERUEL

CODIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICION
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 181700	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278200

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS	263,13 [1] 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MINIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

FIRMA AUTORIZADA

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha

RUNT 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:	**PMQ33G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10029861248**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125NKD EIII**
MODELO:	**2024**	COLOR:	**NEGRO MATE**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMI098323E3**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D51250RB026989**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D51250RB026989**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**25/08/2023**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**SI**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/aclores/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
8117167000	23/08/2023	24/08/2023	23/08/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63528 fechada el dia 24.09.07 cuyo paciente es SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

HISTORIA No. 1000064469

GLOSA No: ZGL-1-48585 **SINIESTRO:** 63528

Recibido
28 de Octubre del 2024
20310294
equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39140- INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 17900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 17900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS ORTOPEDICOS Y MEDICOS, QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96, LA FRECUENCIA Y NUMERO DE CONSULTAS QUE REQUIERE EL PACIENTE LAS DETERMINA EL MEDICO TRATANTE A SU CRITERIO, SEGÚN LA EVOLUCION DEL PACIENTE Y DEBIDO A SUS TRAUMAS DESCRITOS, POR ESTA RAZON VIO PERTINENTE LA VALORACION POR CIRUJIA GENERAL (39140). POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 180800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63528 fechada el dia 24.09.07 cuyo paciente es SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

HISTORIA No. 1000064469

GLOSA No: ZGL-1-48585 **SINIESTRO:** 63528

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39140- INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 17900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 17900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS ORTOPEDICOS Y MEDICOS, QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96, LA FRECUENCIA Y NUMERO DE CONSULTAS QUE REQUIERE EL PACIENTE LAS DETERMINA EL MEDICO TRATANTE A SU CRITERIO, SEGÚN LA EVOLUCION DEL PACIENTE Y DEBIDO A SUS TRAUMAS DESCRITOS, POR ESTA RAZON VIO PERTINENTE LA VALORACION POR CIRUJIA GENERAL (39140). POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 180800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	180800.00	

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE REALIZA UNA NUEVA AUDITORIA DE LA HISTORIA CLINICA Y SE PUEDE EVIDENCIAR EN LOS HALLAZGOS EXAMEN FISICO QUE EL PACIENTE PRESENTA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN AMBOS HOMBROS (PAGINA 2) DE LA EPICRISIS DONDE CLARAMENTE LAS LATERALIDADES SON TOTALMENTE DIFERENTES IZQUIERDA Y DERECHA. MOTIVO POR EL CUAL EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO REALIZADO ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-21717- ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	758200.00	

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	758200.00	

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA CON DOLOR A LA PALPACION MALAR, MENTON Y LIMITACION A LA APERTURA ORAL. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC REALIZADO YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA, HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-21715- ABDOMEN TOTAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	946500.00	

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	946500.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL MEDICO TRATANTE DE NUESTRA INSTITUCION CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC YA QUE EN LA VALORACION FISICA REALIZADA EN LA CONSULTA DE URGENCIAS ENCONTRO LESIONES LAS CUALES DEBEN SER DESCARTADAS CON LOS ESTUDIOS REALIZADOS Y ESTAN SOPORTADOS EN LA HISTORIA CLINICA ANEXA ANTERIORMENTE, ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO, POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR TOTAL OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-21714- PELVIS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	643400.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	643400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA CON DOLOR A LA PALPACION EN PELVIS. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC REALIZADO YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA, HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 6: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS - HOJA DE REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTIENETES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. POR OTRO LADO EL CLORURO DE SODIO ES UTILIZADO PARA LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS, Y PARA CURACION DE LAS HERIDAS, SE ANEXA NUEVAMENTE HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS Y SALA DE CURACION, POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 7: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	400.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	400.00	SE ANEXA HOJA DE SUMINISTRO Y APLICACION DE MEDICAMENTO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE POR CRITERIO MEDICO ES DEJADO EN OBSERVACION Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	6,273,790.00
VALOR GLOSADO :	2552092.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	2552092.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305065	**No.**	199325	**Siniestro**	90755458	**No. Factura**	FEC163528		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	28/07/2024	**Fecha aviso**	29/07/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	811716700	**Vigencia**	24/08/2023	**hast**	23/08/2024
Id tomador	1022358033	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1000064469	**Nombre**	DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARRES						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	95,500	0	95,500
1	38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
4	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	278,800	0	278,800
3	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE DOS 21102 HOMBRO BILATERAL NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	271,200	180,800	90,400
1	21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS Y COXO FEMORALES		100%	76,700	0	76,700
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	690,900	0	690,900
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)		100%	758,200	0	758,200
1	21712	TORAX		100%	719,200	0	719,200
1	21714	PELVIS	NO SE RECONOCE 21714 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	643,400	643,400	0
1	21715	ABDOMEN TOTAL	NO SE RECONOCE 21715 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	946,500	946,500	0
1	21717	ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	NO SE RECONOCE 21717 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	758,200	758,200	0
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS		100%	19,800	0	19,800
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)		100%	20,700	0	20,700
1	19749	NITRÓGENO UREICO		100%	16,500	0	16,500
1	19775	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO		100%	21,900	0	21,900
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	19959	TROPONINA T		100%	105,900	0	105,900
1	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	77,700	0	77,700
1	39140	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O	NO SE RECONOCE 39140 EN SU LUGAR SE RECONOCE UN 39132	100%	79,100	17,900	61,200

		INTRAHOSPITALARIA	SEGUN VALORACIÓN SOLICITADA DE ACUERDO CON ART.76 DECRETO 2423/96.				
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	95,500	0	95,500
1	77702	INSUMOS	EE.NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA $400		13,200	400	12,800
1	77701	MEDICAMENTOS	EE.NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN $4892, , , ,	100%	99,090	4,892	94,198

1001	**Cobrado**	**6,273,790**
1002	**Obj. Parcial**	**2,552,092**
1003	**Liquidado**	**3,721,698**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183856

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183856 **Fecha** 2024/07/29

Nombre Paciente: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN - 1000064469 **Edad:** 26 **Sexo:** M.

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

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 FOSA ILIACA IZQUIERDA+ HERIDA EN 2 DEDO DE LA MANO DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

Valentina IC
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Ago-2024 10:19:2

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: 2024.07.2 23:02

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 27 Años Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO

1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN 1 NIVEL I PALERMO VEREDA LOS PINOS 3103052112

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.29	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2024.07.29	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2024.07.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2024.07.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2024.07.29	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00

PACIENTE: 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN **EDAD:** 27

DIRECCION: VEREDA LOS PINOS **TELEFONO:** 3103052112

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64403 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.26 **Nº POLIZA:** 890110037980100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	lunes, 29 de julio de 2024					
00:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:01:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
00:01:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	VAC1	
00:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	VAC1	
00:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	VAC1	
00:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
00:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
08:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:01:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
08:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	MFA	
08:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	MFA	
08:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFA	
08:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
12:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 35.00

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:19:02 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. FEC163528

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
01e62dabde05671994c8e78fa3ec60b1f725d9fda6e3b508c383b654d0502d6fdebdbbc6a26763791c468ea005c0d296

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
6273790

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-07 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
eb2703fb16b7228757fa7d132c430ee30386f681f8f2ea9f759e5156b459eae9670471d9bc12f13ef003a1f1651b0514

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-07 03:15:36.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163528

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
01e62dabde05671994c8e78fa3ec60b1f725d9fda6e3b508c383b654d0502d6fdebdbbc6a26763791c468ea005c0d296

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
372b246a4b4e10ea33ff71526b23552bcee5a7de26770be8d9b0ad506086a8045abee344695279f5153d310e150d89d4

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-07 03:41:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
19cd0b40103dc099f5bbbff1b080dadf7baee792389c030eb24030c5d8dbceea8ab626f83e429eb1ddb5a98b1a3b5aa2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:04:17.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:19:02 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. FEC163528

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
01e62dabde05671994c8e78fa3ec60b1f725d9fda6e3b508c383b654d0502d6fdebdbbc6a26763791c468ea005c0d296

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
57ccfcdc0cfe7b59b97640186c9d619f6f5015acf848b34f76c77770ac0445bebf8adeaeff11f8cc008f4355c3d50ba4

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:04:27.000 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: 2/7/2025 -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 ,2024.09.07	15:17:47	2024.10.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63529

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 183876
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO**
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.28 - 23:02 2024.07.29 - 16:18

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN EDAD : 27 Años
DIRECCION: VEREDA LOS PINOS PALERMO TELEFONO: 3103052112
OBSERVACIONES:

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	1i Interv 100%										
14210	TENORRAFIA EXTENSORES MANO (UNO A DOS)	29-Jul-2024	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	526,700	526,700
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	301,200	301,200
39120	GRUPO 09	29-Jul-2024	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	144,000	144,000
39211	GRUPO 09	29-Jul-2024	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	871,200	871,200
39303	GRUPOS 07 08 09	29-Jul-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	29-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	29-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	29-Jul-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
	2i=Via,#R,=Ciruj										
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	29-Jul-2024	39003	7	05	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	121,000	121,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39103	7	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	79,100	79,100
39207	GRUPO 05	29-Jul-2024	39207	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	29-Jul-2024	39302	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1	1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS	5	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M	4	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO	1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0	1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5	1	4,400	4,400
	VENDA ALGODON 4X5	1	3,300	3,300
010101	HOJA DE BISTURI # 15	1	0	0
068100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	4	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	2	0	0
	MASCARA LARINGEA NO. 4	1	78,130	78,130

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 C... ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.181

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 20... 12...7 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-000...5595 Has... 1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 15b99e817f9df2954761760 8b2f4befac6ff6d71f4f8673277deea6238500 1e14fa4 ... 45a007ccceaabaf5b3

Recibido! 27 de Septiembre del 2024 20305066

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.383.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

35

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.07	15:17:47	2024.10.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63529

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 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: 183876

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.28 - 23:02	2024.07.29 - 16:18

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN EDAD : 27 Años
DIRECCION: VEREDA LOS PINOS PALERMO TELEFONO: 3103052112

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
14210	TENORRAFIA EXTENSORES MANO (UNO A DOS)	29-Jul-2024	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	526,700	526,700
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	301,200	301,200
39120	GRUPO 09	29-Jul-2024	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	144,000	144,000
39211	GRUPO 09	29-Jul-2024	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	871,200	871,200
39303	GRUPOS 07 08 09	29-Jul-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2l+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	29-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	29-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	29-Jul-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
	2l=Via,#R,=Ciruj										
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	29-Jul-2024	39003	7	05	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	121,000	121,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39103	7	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	79,100	79,100
39207	GRUPO 05	29-Jul-2024	39207	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	29-Jul-2024	39302	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	4,400	4,400
	VENDA ALGODON 4X5								1	3,300	3,300
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
	COMPRESAS ESTERILES ULTRAMED								2	0	0
	MASCARA LARINGEA NO. 4								1	78,130	78,130

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

33

Cufe: 15b99e817f9df2954761760 8b2f4befac6ff6d71f4f867/3277deea62385001e14ra4208fd4858c45a007ccceaabaf5b3

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 ,2024.09.07	15:17:47	2024.10.07

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63529

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
19932764-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924286-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /20ML								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
20066846-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								55	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								55	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.29	890202		HJC				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.29	890202		JHT				1	61,200	61,200

VALOR BRUTO:	3,688,830	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,688,830

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.07 03:21:09 PM

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774.667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

3A

Cufe: 15b99e817f9df29547617608b2f4befac6ff6d71f4f8673277deea62385001e14fa4208fd4858c45a007cceeaabaf5b3

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:	63529
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,010,430
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 678,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}:

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63529

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
SUAREZ	TABARES

1er.Nombre	2do.Nombre
DAYAN	ESTIVEN

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE

No. Documento: 1000064469

De: 11003 Fecha de Nacimiento: 27/08/1997 Sexo: [ ] F [X] M [ ] O

Direccion: VEREDA LOS PINOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3103052112

Municipio: PALERMO Cod. 524

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 5 VIA TERUEL PALERMO VEREDA ALMORZADERO

Fecha Evento/Accidente: 28/07/2024 Hora: 16:24

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TERUEL Cod. 801 Zona: [ ] U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PMQ33G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN SEMOVIENTE 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: AKT Placa: PMQ33G

Tipo de Vehiculo:											
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8117167000 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 24/08/2023 Hasta: 23/08/2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
ARIAS	LEIVA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
RUSBERY	

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] — **No. Documento** 1022358033

Direccion: VEREDA LOS PINOS

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: PALERMO **Cod.** 524 **Telefono:** 3103052112 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
SUAREZ	TABARES
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DAYAN	ESTIVEN

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] — **No. Documento** 1000064469

Direccion: VEREDA LOS PINOS

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3103052112

Municipio: PALERMO **Cod.** 524

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: 28/07/2024 a las 19:04

Prestador que remite: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE **Codigo de inscripcion:** 418010026101

Direccion: CARRERA 3 N 3 38 **Telefono:** 8780303 HUILA-TERUEL

Profesional que Remite: JESUALDO ARIZA GUERRERO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 28/07/2024 a las 19:19

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN **Cargo:** MEDICO GENERAL **Placa Ambulancia:**

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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 28/07/2024 **a las** 23:02

Diagnostico presuntivo de Ingreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

Diagnostico relacionado de Ingreso

S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S)

Fecha de Egreso: 29/07/2024 **a las** 16:18

Diagnostico presuntivo de Egreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnostico relacionado de Egreso

S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S)

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
BAZAN	
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
JHOAN	ALBEIRO

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] — **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de Medico 1061724214

37

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3688830	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 — HORA DE INGRESO: 23:02
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.07.29 — HORA DE EGRESO: 16:18
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
RELACIONADO1: S610 - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
RELACIONADO2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.29-00:00:05 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 PMQ33G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN SEMOVIENTE EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: TERUEL VALORADO A LAS: 23+02 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 28/07/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 16 : 24 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: TRAMADOL, CEFRADINA Y TOXOIDE TECTANICO REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTA. AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 85 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 170 PESO: 68 IMC: 24 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad DOLOR A LA PALACION BITEMPORAL, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara DOLOR A LA PALPACION MALAR Y MENTON LIMITACION Y DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<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, DOLOR A LA PALPACION COSTAL IZQUIERDA QUE LIMIMTA LA MECANICA RESPIRATORIA. No

33

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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>>
Pelvis estable DOLOR A LA PALAPCION no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN MANO IZQUIERDA INMOVILIZACCION VENDAJE ELASTICO EN 8 MIEMBROS SUPERIORES DE MALA CALIDAD , SE RETIRA, DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN REGION DE CLAVICULA, CODO MUSLO IZQUIERDO, AMBAS MANOS Y HOMBROS. LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL 2 DEDO MANO DERECHA
Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. CEFALEA 8/10 No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES TATUAJE DE PAVIMENTO EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA , RODILLA DERECHA, HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2 DEDO MANO DERECHA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, SANGRADO ESCASO IRREGULAR CON LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL DEDO.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PELVIS

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - GLICEMIA, 6 - TROPONINA.

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 7 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- DIETA NORMAL HASTA LAS 07 AM LUEGO NADA VIA 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 Y CIRUJANO GENERAL
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 24.07.29-00:13:16 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 00:02 / 00:12 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN FOSA ILIACA IZQUIERDA+ HERIDA EN 2 DEDO DE LA MANO DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

*** FECHA: 24.07.29-01:18:07 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA TERCIO MEDIO CAVALGADA.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: FRACTURA DE CLAVICULA.

TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES, HEMATOMA SUBGALAR DERECHO.

TAC DE CARA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC DE TORAX: NO SE EVIDENCIAN IMÁGENES COMPATIBLES CON NEUMO, HEMOTORAX LAMINAR IZQUIERDO, FRACTURA DE 3 Y 4 ARCO COSTAL IZQUIERDO, NO ALTERACIONES CARDIACAS EVIDENTE.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PELVIS: IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA NO DESPLAZADA DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA.

PARACLINICOS DE:29/07/2024
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 10.68 %NEUTROFILOS: 70.1 % LINFOCITOS: 22.6 HEMOGLOBINA: 13.9 %HEMATOCRITO: 39.6 MCV: 83.8 MCH: 29.5 PLAQUETAS: 235.000 GLICEMIA: 106 TIEMPOS: TP: 13.40 TPT: 31.00 INR: 0.91 CREATININA : 1.1 BUN: 16 TROPONINA: 0

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA SIN LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. NORMOGLICEMICO, BUENA FUNCION RENAL . TIEMPOS NORMALES. TROPONINA NEGATIVA,

90

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PASAR A SALA DE YESO.

*** FECHA: 24.07.29-01:19:22 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 00:00 / 00:05 DURACION: 00:04

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.29-01:19:29 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.29-06:40:43 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR EN CADERA Y REGION DE CRESTA ILIACA MAS GEMIANDOMEN LADO IZQUIERRDO, TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 122/78 FR: 18 T: 36.7, P: 81 SATO2: 98% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL CON TRAUMA IMPORTANTE EN REGION DE CRESTA ILIACA Y HEMAIBDOMEN IZQUIERDO POR LO CUAL ANTE SOSPECHA DE FRACTURA MAS SINTOMATOLOGIA EN EL CONTEXTO DE POLITRAUMA SS TAC PARA DESCARTAR COMPROMMISO A ESTE NIVEL, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

29

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE PELVIS

SS UROANALISIS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.07.29-11:18:06 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO SUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 126/62 MMHG, FC: 76 X MIN, FR: 17 X MIN, SATURACION: 96%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, CON PRESENCIA DE FRACTURA DE 4 ARCO COSTAL IZQ EN SU PORCION POSTERIOR , ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES, NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA.

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX, ABDOMEN Y PELVIS
FRACTURA DE 4 ARCO COSTAL POSTERIOR IZQ .

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, ABDOMEN Y PELVIS , SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

** PLAN DE MANEJO:

28

** ORDENES MEDICAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR HOLMAN CALDERON
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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: 24.07.29-11:56:26 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 DE ABDOMEN SIMPLE NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

TAC DE PELVIS NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE DE UROANALISIS

*** FECHA: 24.07.29-12:41:34 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
UROANALISIS
PROTEINAS NEGATIVO
GLUCOSA NEGATIVO
DENSIDAD 1.020
LEUCOCITOS NEGATIVO
CETONAS NORMAL
PH 6.0
SANGRE NEGATIVO

NO SUGESTIVO DE INFECCION

*** FECHA: 24.07.29-14:47:44 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON DIAGNÓSTICOS DE:

1 --- FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2--- -FRACTURA 4 ARCO COSTAL IZQUIERDO.
3 ----FRACTURA DE ALERON ILIACO IZQUIERDO NO DESPLAZADA.
4 --- HERIDA COMPLEJA EN 2 DEDO MANO DERECHA
5--- TRAUMA EN TORAX Y ABDOMEN.
6 -- TRAUMA CRANEO-FACIAL.
7-- CONTUSIONES Y ABRASIONES.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SIGNOS VITALES ESTABLES: TA: 120/80 FR: 18 RPM, T: 36.8 GRADOS, SATO: 95% PULSO: 79 LXM.
DOLOR A LA PALPACION CRANEOFACIAL.
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.
DOLOR A LA PALPACIONCOSTAL IZQUIERDA VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
NO SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN SIN DOLOR.
PELVIS ESTABLE.
NEUROLOGICAMENTE ESTABLE.
PIEL: ABRASIONES TATUAJE DE PAVIMENTO EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA , RODILLA DERECHA, HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2 DEDO MANO DERECHA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, SANGRADO ESCASO IRREGULAR CON LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL DEDO DE 3 CM.

A NIVEL DE: CODO MUSLO IZQUIERDO, AMBAS MANOS Y HOMBROS. PRESENTA: LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD, MAYOR EN HOMBRO IZQUIERDO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA MAS LIMITACIÓN FUNCIONAL Y AUMENTO DE VOLUMEN, PERFUSION DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS. LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL 2 DEDO MANO DERECHA.

RX:
1 --- FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA.
2--- -FRACTURA 4 ARCO COSTAL IZQUIERDO.
3 ----FRACTURA DE ALERON ILIACO IZQUIERDO NO DESPLAZADA. CONFIRMADO EN TAC DE PELVIS.
4--- RESTO DE RADIOGRAFIAS NORMALES.

PACIENTE CON MULTIPLES CONTUSIONES Y ABRASIONES, MAS HERIDA COMPLEJA 2 DEDO MANO DERECHA CON LESION DE TENDON EXTERSOR POR LO CUAL SE PARA PARA REVISION Y MANEJO DE HERIDA, FRACTURA TERCIO MEDIO DESPLAZADA DE DE CLAVICULA IZQUIERDA. CON INDICACION QUIRURGICA SE PROGRAMA OSTEOSINTESIS. FRACTURA DE ALERON ILIACO IZQUIRDO NO DESPLAZADA. EL CUAL NO REQUIERE DE MANEJO QUIRURGICO. EN EL MOMENTO ESTABLE POSTERIOR A CIRUGIA SE HOSPITALIZA PARA CONTINUAR MANEJO.

** ORDENES Qx:

TIPO DE CIRUGIA: OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA.
FECHA: MARTES 30/07/2024
MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: PLACA BLOQUEADA DISTAL DE CLAVICULA TRAER SET DE PLACAS Y TORNILLOS.
TIEMPO QUIRÚRGICO: 45 MINUTOS.
HOSPITALIZADO

CONDUCTA:
1 ---NADA VIA ORAL.
2 --PENDIENTE LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA
3 ---PROGRAMR OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA
4 ---HOSPITALIZAR POSTERIOR A CIRUGIA DE DEDO MANO DERECHA
5 --- SEGUIMIENTO.

26

*** FECHA: 24.07.29-14:49:50 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE RELIZA MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:
1 --- FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TERCIO MEDIO.
2--- -FRACTURA 4 ARCO COSTAL IZQUIERDO.
3 ----FRACTURA DE ALERON ILIACO IZQUIERDO NO DESPLAZADA.
4 ---- HERIDA COMPLEJA EN 2 DEDO MANO DERECHA
5--- TRAUMA EN TORAX Y ABDOMEN.
6 -- TRAUMA CRANEO-FACIAL.
7-- CONTUSIONES Y ABRASIONES.

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 MANEJO POR TRAUMATOLOGIA, YA CON ALTA POR CIRUGIA GENERAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
RASLADO A SALAS DE CIRUGIA

***** FECHA: 24.07.29-14:50:43 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: 2024.07.29-14:50:35 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.07.29-15:03:26 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

"ME VAN A OPERAR"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2 DEDO MANO DERECHA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, CON LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL DEDO ABRASIONES EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA, RODILLA DERECHA DEFOMIDAD TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA DOLOR LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LA CADERA IZQUIERDA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA TERCIO MEDIO CAVALGADA.
RADIOGRAFIA DE PELVIS: FRACTURA NO DESPLAZADA DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA.

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.29-15:03:24 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.07.29-15:03:50 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

"ME VAN A OPERAR"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

** EXASMEN FISICO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2 DEDO MANO DERECHA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, CON LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL DEDO ABRASIONES EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA, RODILLA DERECHA DEFOMIDAD TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA DOLOR LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LA CADERA IZQUIERDA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 24.07.29-15:39:58 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 REVISION DE HERIDA EN BASE DE 2 DEDO MANO DERECHA MAS DERMOABRASION AREA GENERAL. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 3 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 60 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.07.29-16:00:05 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS
INSTRUMENTADOR(A): KATY PEREA

HORA INICIAL/FINAL: 15:05 / 16:00 DURACION: 00:55

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

TENORRAFIA EXTENSORES MANO (UNO A DOS) VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

23

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

No. DESCRIPCION: 18903
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
- HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2DO DEDO MANO DERECHA CIRCUFERENCIAL DE 180 GRADOS CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO + LESION DE TENDON EXTENSOR DEL 2DO DEDO.
- ABRASIONES EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA, RODILLA DERECHA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
" PAUSA DE SEGURIDAD
" ANESTESIA GENERAL
" ASEPSIA Y ANTISEPSIA
" COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
" IDENTIFICACIO DE HALLAZGOS
" POR VIA 1: SE REALIZA LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9% Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA HASTA DEJARLA LIMPIA, REMODELACION DE BORDES MACERADOS, TENORRAFIA DE TENDON EXTENSOR DEL 2DO DEDO, ENSEGUIDA SE REALIZA CIERRE POSTERIOR DE LA MISMA CON PUNTOS SEPARADOS CON VICRYL Y PROLENE
" POR VIA 2: SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA DE ABRASIONES CONTAMINADAS DESCRITAS HASTA DEJARLAS LIMPIAS, CURACION CON MERCURIO CROMO.
" POR ULTIMO, SE DEJA EN HERIDA GASAS CON ISODINE, VENDAJE DE ALGODÓN + ELASTICO.
" SIN COMPLICACIONES.

***** FECHA: 24.07.29-16:18:00 MEDICO: / (DR(A) HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

PLAN
HOSPITALIZAR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS PARA INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
PACIENTE PROGRAMADO PARA TRATAMIENTO QUIRUGICO DE OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQ EL DIA DE MAÑANA 30/07/2024

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65436

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

DOC.IDENT:	CC 1000064469	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS		
FCHA.NACTO:	1997.08.27	EDAD:	27 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3103052112
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

*** FECHA: 24.07.29-16:18:26 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: CIRUGIA ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.29-16:18:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA		
RELACIONADO 1: M758 - OTRAS LESIONES DEL HOMBRO		

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18903

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183876 Fecha 29/07/24

Nombre Paciente: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN 1000064469 Edad: 27 Sexo: M

Hora inicio 15:05 Hora fin: 16:00 Duraci¾n: 00:55 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: SAP- SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionKATY PEREA

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S610-HERIDA 2DO DEDO MANO DERECHA	1. S610-HERIDA 2DO DEDO MANO DERECHA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA	3. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
4. S323-FRACTURA DEL HUESO ILIACO	4. S323-FRACTURA DEL HUESO ILIACO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
14210	TENORRAFIA EXTENSORES MANO (UNO A DOS)	HJC	1 - 1i Interv 100%
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	HJC	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:

- HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2DO DEDO MANO DERECHA CIRCUFERENCIAL DE 180 GRADOS CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO + LESION DE TENDON EXTENSOR DEL 2DO DEDO.
- ABRASIONES EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA, RODILLA DERECHA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

" PAUSA DE SEGURIDAD
" ANESTESIA GENERAL
" ASEPSIA Y ANTISEPSIA
" COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
" IDENTIFICACIO DE HALLAZGOS
" POR VIA 1: SE REALIZA LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9% Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA HASTA DEJARLA LIMPIA, REMODELACION DE BORDES MACERADOS, TENORRAFIA DE TENDON EXTENSOR DEL 2DO DEDO, ENSEGUIDA SE REALIZA CIERRE POSTERIOR DE LA MISMA CON PUNTOS SEPARADOS CON VICRYL Y PROLENE
" POR VIA 2: SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA DE ABRASIONES CONTAMINADAS DESCRITAS HASTA DEJARLAS LIMPIAS, CURACION CON MERCURIO CROMO.
" POR ULTIMO, SE DEJA EN HERIDA GASAS CON ISODINE, VENDAJE DE ALGODÓN + ELASTICO.
" SIN COMPLICACIONES.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. HECTOR CUERVO RAMIREZ Ortopedia y Traumatologia RM. 2715 C.C. 16.360.

CIRUJANO

20

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1000064469

ADMISION N_: 183876

NOMBRE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN **Num. Id-:** CC 1000064469
FECHA NACIMIENTO: 1997.08.27 **EDAD:** 27 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.07.29 **HORA DE INGRESO:** 15:03:26 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.29 15:03
DIRECCION: VEREDA LOS PINOS **CIUDAD:** PALERMO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3103052112
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** LUZ SUAREZ
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.29

<< REGISTRO: 15:03:26 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** REPETIDO

MOTIVO CONSULTA

"ME VAN A OPERAR"

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<2024.07.29-00:00:05>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 183856
.* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2024.07.29-15:48:05>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 183876

PATOLOGICOS: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN MANEJO HASTA HACE 3 AÑOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDRO DE MARIHUANA Y BAZUKO HASTA HACFE 8 AÑOS

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/75 **FC:** 77 **FR:** 17 **Tmp:** 36. **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

1000064469

ADMISION N_: 183876

NOMBRE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN **Num. Id-:** CC 1000064469

FECHA NACIMIENTO: 1997.08.27 **EDAD:** 27 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.07.29 **HORA DE INGRESO:** 15:03:26 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.29 15:03

DIRECCION: VEREDA LOS PINOS **CIUDAD:** PALERMO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3103052112

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** LUZ SUAREZ

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HERIDA EN DORSO DE FALANGE PROXIMAL 2 DEDO MANO DERECHA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, CON LIMITACION PARA LA EXTENSION DEL DEDO ABRASIONES EN: CODO, REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA, RODILLA DERECHA DEFOMIDAD TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA DOLOR LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LA CADERA IZQUIERDA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
S323 FRACTURA DEL HUESO ILIACO

ANALISIS/PLAN
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.29-15:03:24 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA TERCIO MEDIO CAVALGADA.
RADIOGRAFIA DE PELVIS: FRACTURA NO DESPLAZADA DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA.

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

FECHA DE EGRESO: 2024.07.29 **HORA DE EGRESO:** 15:03:24 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
Registro Medico: 244

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

17

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 183876 - 1

NOMBRE:	SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN		C.C. -TI-RC-OTRO	1000064469	
EDAD:	27 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1997.08.27	SEXO:	M
DIRECCION:	VEREDA LOS PINOS			TELEFONO:	3103052112
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	LUZ SUAREZ			TELEFONO:	3118284683

FECHA: 2024.07.29

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO MAS DERMOABRASION AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.07.29-00:00:05>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 183856

.* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<2024.07.29-15:48:05>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 183876

PATOLOGICOS: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN MANEJO HASTA HACE 3 AÑOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDRO DE MARIHUANA Y BAZUKO HASTA HACFE 8 AÑOS

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 123/69 **FC:** 88 **FR:** 21 **PESO:** 56 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DM EMAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
EDEMA, DEFOMRIDAD, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DE HOMBRO IZQUIERDO POR FRACTURA DE CLAVICULA. HERIDA EN BASE DE 2 DEDO DE LA MANO DERECHA, CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO EN SEDA, CON LIMITACION PARA LA EXTENSION. ABRASIONES EN CODO Y CADERA IZQUIERDA, CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO. EDEMA, DOLOR EN CRESTA ILIACA IZQUIERDA POR FRACTURA NO DESPLAZADA DE LA MISMA

OTROS:
SIN ALTERACION

16

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 183876 - 1

NOMBRE: SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN C.C. -TI-RC-OTRO 1000064469

EDAD: 27 A FECHA DE NACIMIENTO: 1997.08.27 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA LOS PINOS TELEFONO: 3103052112

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: LUZ SUAREZ TELEFONO: 3118284683

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: Hb: Glicemia: BUN: Creat: PT: PTT: Plaq:

INR: Hemoclasificación: Grupo:

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S564
TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO EXTENSOR DE OTRO(S) DEDO(S) A NIVEL DEL ANTEBRAZO

PLAN:
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.07.29 **HORA:** 15:30:58

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
Suarez	Tobar	Diana Estrella	1000064969

FECHA (Dia Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
29 7 24	26 A	H ☐ M ☐	170	55	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fractura de tercio distal de radio y cubito derecho

OPERACION PROPUESTA: Reduccion cerrada y fijacion interna

HISTORIA Y DECENTES — 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 — DIENTES — CUELLO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Nll

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
X	GENERAL

Bupi 0,5% Fentanil 100 Midazolam

NECESITA SANGRE: NO C.C. — PREMEDICACION: No

ESTADO PSICOLOGO: Preparada

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: OK

REPARACION E A C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA

REFLEJOS +

MOTILIDAD +

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL roja hidrat

HORA	15:00

COMENTARIOS: Ingresa en buen estado de vigilia, buena coloracion general y sin complicaciones

TOTALES			
1	2	3	
4	5	6	
7	8	9	
10	11	12	

HORA SALIDA Y MOTIVO: 15:30 Mejor

FIRMA

14

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES

1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM.

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

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,24-Ago-2024 10:26:4

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:** 2024.07.2 23:02
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 27 Años **Fecha Egreso** :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1000064469 SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN 1 NIVEL I PALERMO VEREDA LOS PINOS 3103052112

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.29	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.07.29	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.07.29	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	55.00
2024.07.29	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /20ML	LYC	10.00
2024.07.29	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.07.29	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	55.00
2024.07.29	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.07.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	5.00
2024.07.29	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.07.29	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LYC	1.00
2024.07.29	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LYC	1.00
2024.07.29	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	300.00
2024.07.29	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	300.00
2024.07.29	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.29	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.29	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LYC	1.00
2024.07.29	ZMQ	MASCARLA	MASCARA LARINGEA NO. 4	LYC	1.00
2024.07.29	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	2.00
2024.07.29	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	LYC	1.00
2024.07.29	ME	VENDA4X5	VENDA ALGODON 4X5	LYC	1.00
2024.07.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	5.00
2024.07.29	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.07.29	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.29	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	1.00
2024.07.29	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	1.00
2024.07.29	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.29	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	1.00

13

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
NIT. 813010472-5
CARERA 3 3-38 (Tel:8780303)

Remisiones
202407280008 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 28 MES 07 AÑO 2024 **Autorización:** x
No. de Historia Clínica CC1000064469
Sede ESE HOSPITAL SAN ROQUE Código 418010026101
Institución a la que se remite - Código 000000

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
DAYAN ESTIVEN	SUAREZ	TABARRES	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1000064469
Dirección VEREDA EL TABLON Teléfono 0000000000 Edad 26 Ano(s)
Municipio TERUEL Departamento Huila Urbano 3183062112 Rural X
Lugar y Fecha de Nacimiento - 28/08/1997
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso D 28 M 07 A 2024
Fecha de Egreso D 28 M 07 A 2024

Servicio que Remite		Especialidad
Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Consulta Externa		
Hospitalización		
Otro		

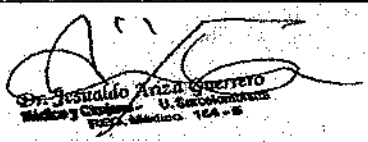
Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Remisión

Nivel de Competencia	X
No hay Recurso Humano	
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	
Otro	

Médico que Remite

Nombre JESUALDO ARIZA GUERRERO
Firma y Sello



C.C 84079982
Registro Médico

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO: CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY: AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO, SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; TRAUMATISMO CRANEANO LEVE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA; FRACTURA DE PRIEMR METACARPINAO DERECHO; HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA SIN COMPROMISO OSTEOTENDINOSO; CONTUSION DE CADERA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INIDICA INICAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBITICA, ANTITETANICA, INMOVILIZACION DE CLAVICULAR IZQUIERDA, REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE, SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA. PLAN. INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA NADA VIA ORAL SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA. CEFRADINA 2GR IV AHORA; LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24. DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS TRAMADOL 50MG SC AHORA TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA. CURACION Y SUTURA DE HERIDAS INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE

12

MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

Nivel de Competencia

Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1		2		3	X	4	

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 19:04 Hora 19 Minutos 04

Nombre de la persona que solicita la Remisión

JESUALDO ARIZA GUERRERO.(MEDICINA)

Hora Confirmación 19:04 Hora 19 Minutos 04

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

1

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL; CONDUCTOR LESIONADO EN	V204
ACCIDENTE DE TRANSITO	S420
FRACTURA DE LA CLAVICULA	S626
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	S700
CONTUSION DE LA CADERA	

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis;

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EQU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO;

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
130/85	115	36.00	20	163.0	65.00	

Hallazgos del Examen Físico

ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CONSCIENTE,ORIENTADO EN TRES ESFERAS; AFEBRIL, HIDRATADO,ANICTERICO, ALGIDO, QUEJUMBROSO **Cabeza**:Anormal EDEMA SUBGALEAL EN REGION PARIETAL IZQUIERDA, NORMOCEFALO PINRL MUCOSAS HUMEDAS Y RODASA, ESCLERAS ANICTERICAS - **Cuello**:Anormal EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA, CUELLO MOVIL, DOLOROSO, PULSOS ADECUADOS - **Torax**:Normal RUIDOS CARDICOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO CONSERVADOSIN AGREGADOS, NO TIRAJES, - **Abdomen**:Normal BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL - **G/U**:Normal - **Extremidades**:Anormal,EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA EDEMA , DOLOR Y CREPITANBCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE ARTICUALCION METACARPOFALANGICA DE PRIMER DEDO HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD, CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO; DOLOR A LA FLEXO EXTENSION DE MUSLO IZQUIERDO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL PULSOS DISTALES PRESENTES , PERFUSION DISTAL ADECUADA - **Neurológico**:Normal CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW15/15 - **Nariz**:Normal - **Oidos**:Normal OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES - **Boca**:Normal MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA - **Ojos**:Normal PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVOS A LA LUZ, ESCLERAS NO ICTERICAS - **Piel**:Normal DESCRITO EN EXTREMIDADES - **Ano**:Normal - **Osteomuscular**:Normal

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

28/07/2024 a las 19:03:16.

EDEMA SUBGALEAL EN REGION PARIETAL IZQUIERDA
EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA
EDEMA , DOLOR Y CREPITANBCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE ARTICUALCION METACARPOFALANGICA DE PRIMER DEDO
HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD,
CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO.
DOLOR A LA FLEXO EXTENSION DE MUSLO IZQUIERDO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL
PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO. SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; TRAUMATISMO CRANEANO LEVE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, FRACTURA DE PRIEMR METACARPINAO DERECHO; HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA SIN COMPROMISO OSTEOTENDINOSO; CONTUSION DE CADERA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INIDICA INICAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBITICA, ANTITETANICA, INMOVILIZACION DE CLAVICULAR IZQUIERDA, REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE. SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA.
PLAN.
INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA,
CURACION Y SUTURA DE HERIDAS
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL; CONDUCTOR LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	V204
FRACTURA DE LA CLAVICULA	S420
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	S626
CONTUSION DE LA CADERA	S700

Observaciones o Sugerencias

PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 860 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA EL ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO SE LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR, SIN PRESENTAR PERDIDA APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACIÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL, ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO. SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; TRAUMATISMO CRANEANO LEVE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, FRACTURA DE PRIEMR METACARPINAO DERECHO; HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA SIN COMPROMISO OSTEOTENDINOSO; CONTUSION DE CADERA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INIDICA INICAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBITICA, ANTITETANICA, INMOVILIZACION DE CLAVICULAR IZQUIERDA, REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE. SE EXPLICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA. PLAN. INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA NADA VIA ORAL SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA. CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24.. DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS TRAMADOL 50MG SC AHORA TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA, CURACION Y SUTURA DE HERIDAS INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

Impreso por:

KAREN NATALIA LAGUNA CERQUERA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

10

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
CARERA 3 3-38 - Tel:8780303
Nit. 813010472-5
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 28 de Julio de 2024 Hasta 28 de Julio de 2024
CC 1000064469 - DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARRES

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	28/08/1997 - 26 Año(s)
Género:	Masculino
RH	O+
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	Ninguno
Ocupación:	No Aplica
Estado civil:	No Aplica
Grupo de atención:	Otro
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	NOTIENE@GMAIL.COM
Responsables del paciente:	
Parentesco del responsable:	
Teléfono del responsable:	

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Huila
Municipio:	Teruel
Dirección:	Vereda El Tablon
Telefono:	0000000000 - 0000000000

Administradora	Tipo de usuario
LA EQUIDAD SEGUROS	SOAT

Atención: 202407280008

Fecha y Hora de Ingreso: 28/07/2024 18:20:08

Identificación:	CC 1000064469	Edad en la atención:	26 Ano(s)
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS	Nombre:	DAYAN ESTIVEN.SUAREZ TABARRES
Poliza:		Tipo de Usuario:	Soat
Servicio de Ingreso:	Urgencias Ambulatorio	Autorización:	

Datos del acompañante

Tipo: Otro Nombre: P Dirección: Vereda El Tablon Telefono: 0000000000

TRIAGE

- **Triage**

Fecha y Hora: 28/07/2024 18:56:59 **Profesional:Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .)** **Identificación:** CC 84079982

Motivo: ME ACCIDENTE PORQUE SE NOS ATRAVESO UNA VACA

Signos Vitales

Peso:65.00 Kg Talla:163.0 cm MC:24.46 Kg/m^2 FC:115 Min. FR:20 Min. Temp:36.00 °C PA:130/85 TM: 100 Saturación:96.00 %

Hallazgos Clinicos: EDEMA SUBGALEAL EN REGION PARIETAL IZQUIERDA EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA EDEMA , DOLOR Y CREPITANBCIA ?SEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE ARTICUALCION METACARPOFALANGICA DE PRIMER DEDO HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD, CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ?SEA O LESI?N ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO. DOLOR A LA FLEXO EXTENSION DE MUSLO IZQUIERDO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL.

Impresión Diag: V204 MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON PEATON O ANIMAL: CONDUCTOR LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Clasificación: Triage I

Conducta: Urgencias.

- **Signos Vitales**

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1		28/07/2024	19:01:51	65.00	163.0	24.46	115	20	36.00	130/85	100	0	96.00	KAREN NATALIA LAGUNA

- **Notas Medicas**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:03:16 **Profesional: Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .)** **Identificación:CC 84079982**

Nota

EDEMA SUBGALEAL EN REGION PARIETAL IZQUIERDA
EDEMA, EQUIMOSOS Y DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA
EDEMA , DOLOR Y CREPITANBCIA ÓSEA CON DEFORMIDAD LOCAL A NIVEL DE ARTICUALCION METAC ARPOFALANGICA DE PRIMER DEDO
HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LON GITUD,
CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGR ADO MODERADO.
DOLOR A LA FLEXO EXTENSION DE MUSLO IZQUIERDO A NIVEL DE ARTICULACION COXOFEMORAL
PACIENTE QUE INGRESA EN CAMILA DE AMBULANCIA INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL DE PLACAS EOU 8 60 QUE RESPONDE AL LLAMADO DE LA COMUNIDAD, QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO; CUANDO SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA AKT 125NKD CON PLACA PMQ33G DE COLOR NEGRO MATE ; EN LA VIA TERUEL -PALERMO EN EL Km 5 VEREDA E L ALMORZADERO, SIENDO APROXIMADAMEBTE LAS 16:24 HORAS DEL DIA DE HOY; AL CAER CUANDO S E LES ATRAVIESA SEMOVIENTE (VACA) Y PIERDEN CONTROL DEL VELOMOTOR. SIN PRESENTAR PERDID A APARENTE DE LA CONSCIENCIA, PRESENTADO DOLOR EN REGION CLAVICUALR IZQUIERDA, LIMITACI ÓN ALA MOVILIDAD DE HOMBRO IPSILATERAL. ADEMAS DOLOR Y EDEMA EN REGIÓN PARIETAL IZQUIER DA, CON DOLOR A LAMOVILIDAD DE PULGAR DERECHO, HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERE CHA TRANSVERSA, CON SANGRADO ABUNDANTE; POR LO CUAL ES TRAIDO. SE CONSIDERA ACCIDE NTE DE TRANSITO COMO PARRILLERO AL COLISIONA CONTRA SEMOVIENTE; TRAUMATISMO CRANEAN O LEVE; FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, FRACTURA DE PRIEMR METACARPINAO DERECHO; HERI DA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA SIN COMPROMISO OSTEOTENDINOSO; CONTUSION DE C ADERA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INIDICA INICAR ANALGESIA, PROTECCION ANTIBITICA, ANTITETANI CA, INMOVILIZACION DE CLAVICULAR IZQUIERDA, REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN PO R ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLOGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE. SE EXPL ICA CONSIDEDACIONES MEDICAS A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA.

PLAN.
INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
CURACION Y SUTURA DE HERIDAS
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOL OGICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

- **Notas Enfermeria**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:11:11 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579
Nota

USUARIO MASCULINO DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARRES DE 26 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA RECO GIDO POR AMBULANCIA EN TRIPULACION DE AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIL OEU 860 EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR PACIENTE A VALORACION CEF ALCUADAL CONSIENTE, ALERTO Y ORIENTADO, COLABORADOR QUE REFIERE "ME ACCIDENTE PORQUE SE ME ATRAVESO UNA VACA " SE PASA A SALA DE PROCEDIMIENTOS, CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS D E PROTECCIÓN PERSONAL, SE REDIRECCIONA AL PUNTO DE TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE E NCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMEROS NORMALES, SE LE ENSEÑAN AL MEDICO DE TURNO SE ORDEN A

PLAN.
INMOVILIZACION CERVICALCON COLLA DE PHYLADELFIA
NADA VIA ORAL
SSN 0.9%POR500CC PASAR A80CC/hORA.
CEFRADINA 2GR IV AHORA, LUEGO 1GR IV CADA 8 HORAS.D:0. FI: 28-07-24..
DIPIRONA 2 GR IVAHORA Y LUEGO CADA 8 HORAS
TRAMADOL 50MG SC AHORA
TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.
CURACION Y SUTURA DE HERIDAS
INMOVILIZACION DE CLAVICULA CON VENDAJE ELASTICO Y CABESTRILLO
INMOVILIZACION DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON FERULA Y ADHESIVO
REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA-CIRUGIA PLASTICA- ESTUDIO RADIOLO GICOS DE MANO; TAC CEREBRAL SIMPLE.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:14:47 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1007273579
Nota

SE PASA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSO NAL, SE UBICA PACIENTE EN POSICION COMODA SE LE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO DE CANALIZACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS QUIEN ATIENDE DE MANERA CORRECTA, SE REALIZA PRE VIA ASEPSIS DE MANOS SE OBSERVA ZONA DE PUNSION, SE CANALIZA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERD O VENA CEFALICA INFERIOR CON CATETER N° 20 CON EQUIPO DE MACAROGOTEO EN BUEN ESTADO Y MEDICAMENTOS CORRECTOS SE REGRISTRA EN FORMATO DE VENOPUNCION , SE TRASALADA A SALA D E OBSERVACION HOMBRES. PENDIENTE REVALORAR Y DEFINIR CONDUCTA.

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:15:16 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 1
Cod: 38915 Nomb: Sala de observacion Primer Nivel Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE TRASLADA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTO A LA SALA DE OBSERVACION HOMBRES EN CAMA CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE ESTA SABANA LIMPIA Y SABANAS DE MOVIMIENTO Y CUIDADOS, SE INFORMA SOBRE SU ESTANCIA, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS HACIA ARRIBA CON TRATAMIENTO SE LE EXPLICA AL USUARIA Y FAMILIAR EL LLAMADO DE ENEFERMERIA Y LAS HORAS DE VISITAS, PEDIENTE REVALORACION POR MEDICO DE TURNO Y DEFINIR CONDUCTA PACIENTE

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:15:39 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 2
Cod: 9005 Nomb: TAB EN AMBULANCIA POR KM DIA Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PACIENTE QUIEN ES RECOGIDO EN EL KILOMETRO 5 VIA VEEDA ALMORZADERO, POR AUXILIAR DE TURNO NATALIA LAGUNA CERQUERA, CONDUCTOR JUAN MANUEL CUCHIMBA EN LA MOBIEL OEU 860, CONCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO.

- **Prescripcion**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:16:50 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Indentificación:** CC 1007273579

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia		Duracion	T.Dosis	Entregar
B05BB01	Sodio Cloruro 0.9% SoluciÃ³n Inyectable Solucion inyectable 500 Ml	1000.00 ML	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	2 BOL.
*								
MQ-1066	Equipo de Macrogoteo Equipo de Macrogoteo	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-10126	CatÃ©ter No. 20 CatÃ©ter Intravenoso No. 20	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
MQ-1062	Buretrol 150ml Buretrol 150ml	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.

Nota: *

MQ-101	SEDA SILKA NEGRA 2/0 SEDA NEGRA 2/0	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
N02AX0202	Tramadol 50mg Ampollas Tramadol 50mg Ampollas Solucion inyectable 50 MG/ML	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.
*								
J01DB0902	Cefradina 1g Ampollas Cefradina 1g Ampollas Solucion inyectable 1 G	1.00 GRAMOS	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 AMP.
*								
N02BB02	Dipirona 1gr Ampollas Dipirona SÃ³dica 1gr Ampollas Solucion Inyectable 40 - 50 %	2.00 GRAMOS	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	2 AMP.
*								
MQ-10107	Venda ElÃ¡stica 6x5 Venda ElÃ¡stica 6x5	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 19:16:50	1 Dia(s)	1	1 UNI.

Nota: *

Observaciones:

• Procedimientos

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:17:36 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982

N°: 3
Cod: 39146 Nomb: Sutura Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
NOTA DE PROCEDIMIENTO

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA LOCAL CON XILOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA 8 CC; SE REALIZA SUTURA HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO. NO COMPROIMISO NEUROVASCUALR, CON SEDA 2.0, CON 8 PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y SEPARADOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE LAVA Y SE CUBRE HERIDA CON GASA ESTERIL

SE ORDENA TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.

• Medicamentos

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	28/07/2024	19:18:17	J01DB0902	Cefradina 1g Ampollas	NO APLICA	1.00 GRAMOS	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	19:18:22	B05BB01	Sodio Cloruro 0.9%	NO APLICA	1000.00 ML	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	19:18:28	N02BB02	Dipirona 1gr Ampollas	NO APLICA	2.00 GRAMOS	KAREN NATALIA LAGUNA
Ord.	**Fecha**	**Hora**	**Codigo**	**Nombre**	**Via**	**Cantidad**	**Profesional**
1	28/07/2024	19:18:34	N02AX0202	Tramadol 50mg Ampollas	NO APLICA	1.00 UNID	KAREN NATALIA LAGUNA

• Materiales

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	28/07/2024	19:18:42	MQ-10126	Catéter No. 20	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
2	28/07/2024	19:18:43	MQ-1066	Equipo de Macrogoteo	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
3	28/07/2024	19:18:44	MQ-1062	Buretrol 150ml	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
4	28/07/2024	19:18:45	MQ-101	SEDA SILKA NEGRA 2/0	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
5	28/07/2024	19:18:46	MQ-10107	Venda Elástica 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	28/07/2024	19:18:42	MQ-10126	Catéter No. 20	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
2	28/07/2024	19:18:43	MQ-1066	Equipo de Macrogoteo	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional

3	28/07/2024	19:18:44	MQ-1062	Buretrol 150ml	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
4	28/07/2024	19:18:45	MQ-101	SEDA SILKA NEGRA 2/0	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
5	28/07/2024	19:18:46	MQ-10107	Venda Elástica 6x5	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional

URGENCIAS

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:20:28 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 4
Cod: 39146 Nomb: Sutura Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
NOTA DE PROCEDIMIENTO

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA LOCAL CON XILOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA 8 CC; SE REALIZA SUTURA HERIDA EN SEGUNDO DEDO DE MANO DERECHA DORSAL, TRANSVERSA PROFUNDA, DE 4 CM DE LONGITUD CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO, NO COMPROMISO NEUROVASCUALR, CON SEDA 2.0, CON 8 PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y SEPARADOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE LAVA Y SE CUBRE HERIDA CON GASA ESTERIL

SE ORDENA TETANOL UNA AMPOLLA IM AHORA.

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:20:47 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 5
Cod: 39202 Nomb: Derechos de sala para curaciones Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS DE URGENICAS CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA DE CUBIDO SUPINO SE LE INFORMA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR SE LE ESXPLICA QUE PREVIA A LA VALORACION DEL MIEMBRO COMPROMETIDO EL MEDICO VALORARA LA GRAVEDAD DE LA HERIDA, SE REALIZA PREVIO LAVADO DE MANOS; SE PROCEDE A LIMPIAR HERIDA CON SSN 0.9% + ISODINE ESPUMA + ISODINE SOLUCION + APOSITOS Y COMPRESAS, SIN NINGUNA COMPLICACIONES

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:22:21 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579

N°: 6
Cod: 39201 Nomb: Derechos de sala para suturas Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA LOCAL CON XILOCAINA AL2% SIN EPINEFRINA 4 CC; DE 4 CM DE LONGITUD CON BORDES IRREGULARES, SIN DEFORMIDAD ÓSEA O LESIÓN ESTEOTENDINOSA, ESTIGMAS DE SANGRADO MODERADO, NO COMPROIMISO NEUROVASCUALR, CON SEDA 2.0, CON 8 PUNTOS DE AFRONTAMIENTO Y SEPARADOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE LAVA Y SE CUBRE HERIDA CON GASA ESTERIL

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:25:01 **Profesional:** Jesualdo Ariza Guerrero.(medicina .) **Identificación:** CC 84079982

N°: 7
Cod: 37401 Nomb: Curación simple con inmovilización Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

- **Prescripcion**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:38:08 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Indentificación:** CC 1007273579

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T.Dosis	Entregar
MQ-1012	SEDA -SILK 4-0	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA A Partir De 19:38:08	1 Dia(s)	1	1 UNI.

Nota: *

Observaciones:

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
6	28/07/2024	19:38:20	MQ-1012	SEDA -SILK 4-0	1	UNIDAD	*	KAREN NATALIA LAGUNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional

URGENCIAS

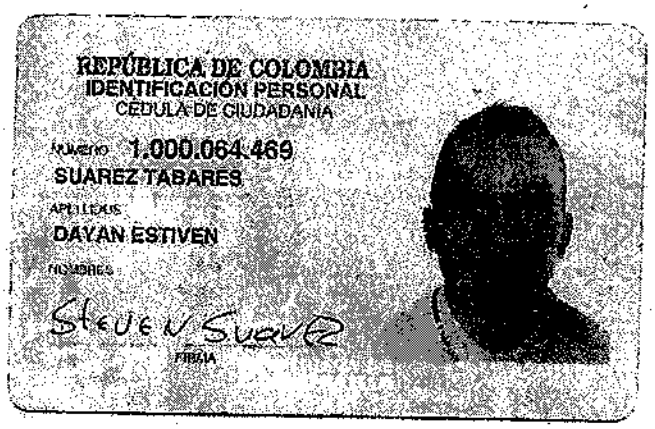
6

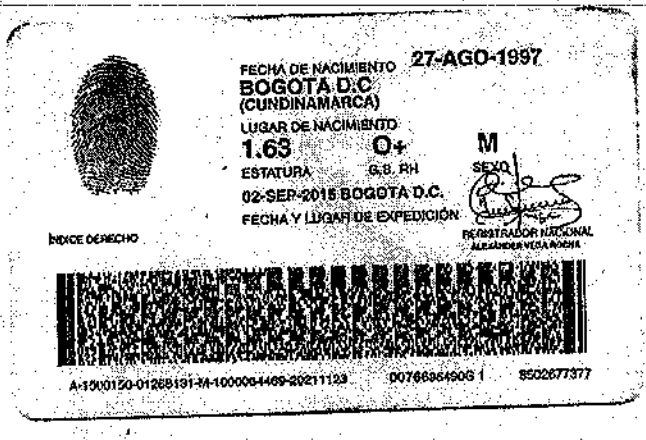
- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:38:33 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 8
Cod: 37401 Nomb: Curación simple con inmovilización Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
INMOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO 6X5 EN "8" POR FRACTURA DE CLAVICULA

Fecha y Hora: 28/07/2024 19:52:40 **Profesional:** Karen Natalia Laguna Cerquera.(auxiliar .) **Identificación:** CC 1007273579
N°: 9
Cod: 9004 Nomb: TAB EN AMBULANCIA REMISIONES NOCHE DOMINGOS Y FESTIVOS Cant: 1 Dosis: DXP: V204 DXR: S420 Orden: 0 Item:
Descripción:
PACIENTE QUIEN ES ACEPTADO EN CLINICA DE FRACTURAS, SALE EN REMISION CON AUXILIAR FRANCY SALAZAR, CONDUCTOR ESTEBAN GAMARRA EN LA MOBIL OEU 860.

5


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.000.064.469
SUAREZ TABARES
APELLIDOS
DAYAN ESTIVEN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01268191-M-1000064469-20211123 0076696490G 1 9502677377

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029861248

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PMQ33G	AKT	AK125NKD EIII	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO MATE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMI098323E3	N	9F2D51250RB026989

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2D51250RB026989	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ARIAS LEIVA RUSBERY

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1022358033

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	CILINDRAJE	POTENCIA HP
	******	10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VIE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
902023000130428	I	13/08/2023	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.S

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
25/08/2023	25/08/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT07002691158

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2023-08-23	2023-08-24	2024-08-23

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8117167000	PMQ33G	MOTOS	PARTICULAR	124	2024

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	AKT	

LÍNEA VEHÍCULO
AK125NKD EIII

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
157FMI098323E3	9F2D61250RB026989	9F2D51250RB026989	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ARIAS LEIVA, RUSBERY	3229042405	CC	1022358033	TERUEL

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 181700	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278200

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	263,13 [1] 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

FIRMA AUTORIZADA

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha

2

RUNT 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:	PMQ33G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029861248	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD Elif
MODELO:	2024	COLOR:	NEGRO MATE
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI098323E3
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51250RB026989	NÚMERO DE VIN:	9F2D51250RB026989
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	25/08/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8117167000	23/08/2023	24/08/2023	23/08/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 23/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63529 fechada el dia 24.09.07 cuyo paciente es SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

HISTORIA No. 1000064469

GLOSA No: ZGL-1-48601 **SINIESTRO:** 63529

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310295

equidad seguros

>> **ITEM GLOSADO 1:** GLO-000004-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	7700.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	7700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluídos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. Asi mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> **ITEM GLOSADO 2:** SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 23/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63529 fechada el dia 24.09.07 cuyo paciente es SUAREZ TABARES DAYAN ESTIVEN

HISTORIA No. 1000064469

GLOSA No: ZGL-1-48601 **SINIESTRO:** 63529

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000004-

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	7700.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	7700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluídos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. Asi mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos especificos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirurgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	61200.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirurgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-39103- SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	79100.00	

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	79100.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA. YA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:
QUE EL PACIENTE PRESENTA HERIDA EN DORSO EN FALANGE PROXIMAL 2DO DEDO MANO DERECHA CIRCUFERENCIAL DE 180 GRADOS, LESION PARA LA CUAL EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-15110- SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 121000.00

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 121000.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA. YA QUE EL PACIENTE PRESENTA HERIDA EN DORSO EN FALANGE PROXIMAL 2DO DEDO MANO DERECHA CIRCUFERENCIAL DE 180 GRADOS, LESION PARA LA CUAL EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 6: SO1-39302- GRUPOS 04 05 06

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 132400.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 132400.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA. YA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:
QUE EL PACIENTE PRESENTA ABRASIONES EXCORIACIONES CON TIERRA IMPACTADA Y TEJIDO OSCURA, SE REQUIERE LA DERMOABRASION MECANICA DADO QUE SI NO SE REALIZA ESTA SE CORRE RIESGO DE QUE ESTAS SE INFECTEN AL IGUAL QUE DEJE CICATRICES CATASTROFICAS, CABE ACLARAR QUE ESTE PROCEDIMIENTO ES INDEPENDIENTE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO POR LA HERIDA (NO HACE PARTE DEL PROCEDIMIENTOS), DE SER LO CONTRARIO Y EL PACIENTE NO PRESENTARA ESTAS HERIDAS SOLO REQUERIRIA DE LA LIMPIEZA QUIRURGICA QUE SI ES INHERENTE EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR TOTAL OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 7: SO1-39207- GRUPO 05

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 215800.00

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 215800.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA. YA QUE EL PACIENTE PRESENTA ABRASIONES EXCORIACIONES CON TIERRA IMPACTADA Y TEJIDO OSCURA, SE REQUIERE LA DERMOABRASION MECANICA DADO QUE SI NO SE REALIZA ESTA SE CORRE RIESGO DE QUE ESTAS SE INFECTEN AL IGUAL QUE DEJE CICATRICES CATASTROFICAS, CABE ACLARAR QUE ESTE PROCEDIMIENTO ES INDEPENDIENTE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO POR LA HERIDA (NO HACE PARTE DEL PROCEDIMIENTOS), DE SER LO CONTRARIO Y EL PACIENTE NO PRESENTARA ESTAS HERIDAS SOLO REQUERIRIA DE LA LIMPIEZA QUIRURGICA QUE SI ES INHERENTE EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR TOTAL OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	3,688,830.00
VALOR GLOSADO :	678400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	678400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305066	**No.**	199325	**Siniestro**	90755458	**No. Factura**	FEC163529		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	28/07/2024	**Fecha aviso**	29/07/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	811716700	**Vigencia**	24/08/2023	**hast**	23/08/2024
Id tomador	1022358033	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1000064469	**Nombre**	DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARRES						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S420					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	14210	TENORRAFIA EXTENSORES MANO (UNO A DOS)		100%	526,700	0	526,700
1	39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 09		100%	301,200	0	301,200
1	39120	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 09		100%	144,000	0	144,000
1	39211	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 09		100%	871,200	0	871,200
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%	409,500	0	409,500
1	15183	DERMOABRACIÓN ÁREA GENERAL		100%	181,400	0	181,400
2	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05	/NO SE RECONOCE 15110 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LESIONES Y PROCEDIMIENTO REALIZADO.	100%, 100%	197,700	79,100	118,600
2	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 05	/NO SE RECONOCE 15110 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LESIONES Y PROCEDIMIENTO REALIZADO.	100%, 100%	431,600	215,800	215,800
2	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06	/NO SE RECONOCE 15110 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LESIONES Y PROCEDIMIENTO REALIZADO.	100%, 100%	264,800	132,400	132,400
1	15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	NO SE RECONOCE 15110 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LESIONES Y PROCEDIMIENTO REALIZADO.	100%	121,000	121,000	0
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39139 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	61,200	61,200	0
1	77702	INSUMOS	EE. ELASTICA $4400NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55). EE.ALGODON $3300 NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55).		117,330	7,700	109,630

1001	Cobrado	3,688,830

1002	Obj. Parcial	678,400
1003	Liquidado	3,010,430

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:19:25 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. FEC163529

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
15b99e817f9df29547617608b2f4befac6ff6d71f4f8673277deea62385001e14fa4208fd4858c45a007ccceaabaf5b3

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3688830

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-07 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
72c1167b63a654b1392826007e3314b0b4dab6a1617922d33751296523f3530980e9adf4a932756827f0bf10813ff543

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-07 03:18:09.000 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 7 de 02 de 2025 a las 02:19:25 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. FEC163529

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
15b99e817f9df29547617608b2f4befac6ff6d71f4f8673277deea62385001e14fa4208fd4858c45a007ccceaabaf5b3

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
cc5d5edcf6b68ab7ac5627656a94ff39c6ee84d29d1e0956d793a0a4dbfd8299ce66a0d4f87ab2396fe391ab6fc70178

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-07 04:06:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
a0a281e22fb35bebe809ed6762eb00a7c67576ce6232001ef4f1d76b2ed90b9d9e344c5fe5e61084162c3b7f5adf06be

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:03:57.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:19:25 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. FEC163529

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-07 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
15b99e817f9df29547617608b2f4befac6ff6d71f4f8673277deea6
2385001e14fa4208fd4858c45a007ccceaabaf5b3

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
001797046b8511a9b7a75165cfef43e2d7f34c384295b542964d
e19b5a7f50bbe94f1e5b2a8c2abbaf8290d7e686ba24

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:04:06.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.09.09	11:09:52	2024.10.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63553

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 183877

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.29 - 15:13	2024.07.29 - 17:26

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 4945266 MEDINA PEREZ REINEL EDAD : 43 Años

DIRECCION: VEREDA HATONUEVO VILLAVIEJA TELEFONO: 3135886259

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	29-Jul-2024	S55101					JAB	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	116,700	116,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	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								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19986384-02	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.07.29	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.29	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.07.29	903841						1	20,700	20,700
19749	NITROGENO UREICO	2024.07.29	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.29	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.29	902049						1	48,500	48,500
OTROS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.1...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 202... por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-0005595 Has... 0-00080000 AUTORIZA

Cufe: 180cba5fbfe4a7674e0b8537ee0eca7f3ce26376a34dafa5d601e5c8ba67e3a2864f8a6a...08f0df9e438b1403dcc603d

Software: GEMA. Fabricante: Intelligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit 93.390.454 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.399.126 - 6

Recibido!
Costoso
27 de Septiembre del 2024
20305071

25

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.09	11:09:52	2024.10.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63553

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 183877

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.29 - 15:13	2024.07.29 - 17:26

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 4945266 MEDINA PEREZ REINEL — EDAD : 43 Años

DIRECCION: VEREDA HATONUEVO VILLAVIEJA — TELEFONO: 3135885259

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	29-Jul-2024	S55101					JAB	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	116,700	116,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	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								3	600	1,800
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19998775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0,9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19986384-02	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X.CC ECAR.								10	0	0
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206					JAB	1	69,700	69,700
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.07.29	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.29	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.07.29	903841						1	20,700	20,700
19749	NITROGENO UREICO	2024.07.29	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.29	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.29	902049						1	48,500	48,500
OTROS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 180cba5fbfe4a767e4e0b8537ee0eca7f3ce26376a34dafa5d601e5c8ba67e8a2861f8a6ae08f0df9e438b1403dcc603d

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

25

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.09	11:09:52	2024.10.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63553

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.07.29	935304		JAB				1	77,700	77,700
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.29	890701		JAB				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.29	S22101		VIC				1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.07.29	S22103		JAB				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	1,022,250	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,022,250

SON: UN MILLON VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.09 11:13:17 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 867 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 180cba5fbfe4a767e4e0b8537ee0eca7f3ce26376a34dafa5d601e5c8ba67e8a2864f8a6ae08f0df9c438b1403dcc603d

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

24

FACTURA:	63553
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 965,250
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 57,000
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG):

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63553

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
MEDINA	PEREZ

1er.Nombre	2do.Nombre
REINEL	

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 4945266

De: 41872 Fecha de Nacimiento: 23/08/1981 Sexo: F [ ] M [X] O [ ]

Direccion: VEREDA HATONUEVO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3135885259

Municipio: VILLAVIEJA Cod. 872

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 4 VIA HATONUEVO

Fecha Evento/Accidente: 28/07/2024 Hora: 08:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: VILLAVIEJA Cod. 872 Zona: U [ ] R [X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA VSW90G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ESQUIVAR PERRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: YAMAHA Placa: VSW90G

Tipo de Vehiculo:										
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]
	Mototricicio	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

Poliza SOAT No 8121216900

Vigencia de la Poliza: Desde: 02/03/2024 Hasta: 01/03/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
MEDINA	PEREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
REINEL	

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 4945266

Direccion: VEREDA HATONUEVO

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: VILLAVIEJA **Cod.** 872 **Telefono:** 3135885259 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
MEDINA	PEREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
REINEL	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 4945266

Direccion: VEREDA HATONUEVO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3135885259

Municipio: VILLAVIEJA **Cod.** 872

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: 29/07/2024 a las 13:56

Prestador que remite: ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO **Codigo de inscripcion:** 418720056601

Direccion: CAR 3 N 3 -17 **Telefono:** 8797542 HUILA-VILLA VIEJA

Profesional que Remite: MIGUEL ANGEL DURAN LOPEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 29/07/2024 a las 14:11

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN **Cargo:** MEDICO GENERAL **Placa Ambulancia:**

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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 29/07/2024 **a las** 15:13

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 29/07/2024 **a las** 17:26

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S625 FRACTURA DEL PULGAR

Diagnostico relacionado de Egreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
BAZAN	
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
JHOAN	ALBEIRO

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1061724214

N·mero de Registro de Medico 1061724214

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1022250	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.29 — HORA DE INGRESO: 15:13
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.07.29 — HORA DE EGRESO: 17:26
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.29-15:46:22 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 VSW90G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ESQUIVAR PERRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: VILLA VIEJA VALORADO A LAS: 15+13 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 28/07/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 08 : 00 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: DICLOFENACO MAS DEXAMETASONA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTA. AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 154 PESO: 64 IMC: 27 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones fisicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.
<<ABDOMEN>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, MAYOR INTENSIDAD Y LIMITACION 1 DEDO MANO LADO DERECHO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
A NIVEL DE 1 DEDO MANO DERECHA PRESENTA HERIDA DE 2 CM CON AVULSION DE LECHO UNGUEAL PROFUNDA IRREGULAR SANGRADO MODERADO SUCIA.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - GLICEMIA,

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS. INICIO A LAS 06 PM
, 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
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- 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 LABORATORIAS.
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.29-16:02:17 MEDICO: / (AUXIL, VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 15:48 / 15:55 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE HERIDA EN 1 DEDO DE MANO DERECHA, SE IBSERVA HERIDA SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASA + MICROPORE

*** FECHA: 24.07.29-16:40:09 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA DISTAL DE FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

***FECHA: 24.07.29-16:53:21 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE ESTABLE CON FRACTURA ABIERTA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA SE INDICA ANTIBIOTICOTERAPIA DUAL.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

PASAR A SALA DE YESO

*** FECHA: 24.07.29-16:54:28 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 16:00 / 16:05 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE CARTOMPLAS POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.29-16:54:33 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE CARTOMPLAS POSTERIOR SIN COMPLICACIONES,

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 24.07.29-17:26:28 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE RELIZA MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:
1 - FRACTURA ABIERTA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA.
2- HERIDA COMPLEJA 1 DEDO MANO DERECHA CON COMPROMISO UNGUEAL.
3- CONTUSIONES.

SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 72 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. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
PENDIENTE LABORATORIOS.
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA

***** FECHA: 24.07.29-17:26:38 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: 2024.07.29-17:26:32 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. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	ABIERTA	

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183877

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183877 **Fecha** 2024/07/29

Nombre Paciente: MEDINA PEREZ REINEL - 4945266 **Edad:** 42 **Sexo:** M

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
6. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
6. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	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 HERIDA EN 1 DEDO DE MANO DERECHA, SE IBSERVA HERIDA SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASA + MICROPORE

Valentina IC
QUIEN REALIZA

Reinel medina
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183877

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -183877 **Fecha** 29/07/2024

Nombre Paciente: MEDINA PEREZ REINEL - 4945266 **Edad:** 43 **Sexo:** M

Quien Realiza: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
6. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S625-FRACTURA DEL PULGAR
3. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
6. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	JAB	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE CARTOMPLAS POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UAHCA/UCA
RM 1.061.724.214

QUIEN REALIZA

Reinel medina

FIRMA DE PACIENTE

PACIENTE: 4945266 MEDINA PEREZ REINEL **EDAD:** 43

DIRECCION: VEREDA HATONUEVO **TELEFONO:** 3135885259

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64413 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.29 **Nº POLIZA:** 8121216900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 29 de julio de 2024						
15:47:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
15:47:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
15:47:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	GORI	
15:47:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
15:47:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	GORI	
15:47:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		DIA	GORI	
15:47:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	GORI	
15:47:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	GORI	
15:47:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	GORI	
15:47:11	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
15:47:15	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
15:47:25	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
15:47:26	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
16:54:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
16:54:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
16:54:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
16:54:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	GORI	
16:54:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	GORI	

TOTAL SUMINISTRADO: 27.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407290073

MEDINA PEREZ REINEL

202407290073

Documento	: CC4945266	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1982-07-29	Edad	: 42 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-07-29 05:10:47 pm F. Impreso : 2024-07-29 05:53:36 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	7.02	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	5.21	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	14.8	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	42.7	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	82.1	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	28.3	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.5	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	223	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	54.5	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	28.1	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	6.7	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	10.60	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.10	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	3.83	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	1.97	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.47	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.74	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	8.5	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	39.4	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.1	%	11.5 - 14.5
PDW	15.8		
PCT	0.190	%	

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: María Salcedo
BACTERIOLOGA

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	15.00	mg/dl	9.00 - 20.00
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	1.0	mg/dl	0.7 - 1.3

Validado por: María Salcedo
BACTERIOLOGA

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407290073

MEDINA PEREZ REINEL

202407290073

Documento	: CC4945266	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1982-07-29	Edad	: 42 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-07-29 05:10:47 pm F. Impreso : 2024-07-29 05:53:36 pm

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: María Salcedo
BACTERIOLOGA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.	80.0	mg/dl	74.0 - 106.0

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
BacteriMogo

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	12.50	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	35.50	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.96		

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: María Salcedo
BACTERIOLOGA

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8e116681bf8e196b8b2bfdac43b75a22bf40f063648ce26f3455c2e3ccfbad22a1344063eae4fe9f57580cbcb04a1507

Número de Factura: FE-10878
Fecha de Emisión: 06/08/2024
Fecha de Vencimiento: 05/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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: radka.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

N°	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	NIU	1,00	$ 14.357.340,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 14.357.340,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JULIO DE 2024 21 AL 31
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-08-06 14:19:55
Documento generado el: 2024-08-06 14:19:54
Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	14.357.340,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	14.357.340,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	14.357.340,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 14.357.340,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICA ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422862-8

LA SUMA DE CATORCE MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS CUARENTA PESOS MCTE ($14.357.340)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLINICOS PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JULIO DE 2024 (21 AL 31)

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
STIVEN MUÑOZ CHAUX										
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
202407210001	CLINICA DE FRACTURAS	1077226341	STIVEN		MUÑOZ	CHAUX	CC	M	UROANALISIS	$ 21,900
DAYANA LIZETH CUELLAR LOSADA										
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407210002	CLINICA DE FRACTURAS	1075318813	DAYANA	LIZETH	CUELLAR	LOSADA	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
MARGOT CASTILLO QUIROGA										
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407210003	CLINICA DE FRACTURAS	55152356	MARGOT		CASTILLO	QUIROGA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300

27

920

202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
202407290001	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	TROPONINA CUANTITATIVA	$ 105,900
DAYAN ESTIVEN SUAREZ TABARES										
202407290026	CLINICA DE FRACTURAS	1000064469	DAYAN	ESTIVEN	SUAREZ	TABARES	CC	M	UROANALISIS	$ 21,900
SAMUEL GUTIERREZ GALINDO										
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407290028	CLINICA DE FRACTURAS	1104947119	SAMUEL		GUTIERREZ	GALINDO	TI	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
**** REINEL MEDINA PEREZ***										
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407290073	CLINICA DE FRACTURAS	4945266	REINEL		MEDINA	PEREZ	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DIANA MARCELA ZEA TOLE										
202407290076	CLINICA DE FRACTURAS	1019143614	DIANA	MARCELA	ZEA	TOLE	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407290076	CLINICA DE FRACTURAS	1019143614	DIANA	MARCELA	ZEA	TOLE	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407290076	CLINICA DE FRACTURAS	1019143614	DIANA	MARCELA	ZEA	TOLE	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300

202407310081	CLINICA DE FRACTURAS	1075304489	SEBASTIAN		HERMOSA	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202407310081	CLINICA DE FRACTURAS	1075304489	SEBASTIAN		HERMOSA	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
									TOTAL	*$*	*15,952,600*
									DESCUENTO DEL 10%	*$*	*1,595,260*
									TOTAL A CANCELAR	*$*	*14,357,340*

922

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.27
HORA:	17:06:45
PAGINA No:	1

Numero: 91834 Fecha Ex. 29/07/24 Hora 16:07
Nombre Paciente: 4945266 MEDINA PEREZ REINEL
Dirección: VEREDA HATONUEVO Telefono:3135885259 Edad:43 A Sexo:M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del antebrazo derecho observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas de cúbito ni de radio en las proyecciones presentadas.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del puño derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y oblicua de la mano derecha en la que se advierte fractura con desprendimiento óseo de la punta de la 2° falange del dedo pulgar.

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, 29/07/2024

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Raul Medina Perez identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 4945266, 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 29/07/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente



Raul medina

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

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10017781
Historia Clínica No.
4945266

Fecha de remisión lunes, 29 de julio de 2024 **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
REINEL MEDINA PEREZ	CC: 4945266	23-ago-1981	COLOMBIA	HUILA	VILLAVIEJA	42 Años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
REINEL MEDINA MU?OZ, HATO NUEVO	3205655251	HUILA	VILLAVIEJA	R

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE
Nombre responsable:
Dirección de residencia:
Departamento: 00
Documento: CC:
Teléfono:
Ciudad: 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	lunes, 29 de julio de 2024	**Fecha de Egreso:**	lunes, 29 de julio de 2024
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	13:56	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Prioritaria

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
"ME CAI EN LA MOTO Y ME LESIONE UN DEDO"

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA VSW 90G DE MARCA YAMAHA QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER (28/07/2024) A LAS 08+00 HORAS EN EL KILOMETRO 4 DE LA VIA QUE COMUNICA LAVEREDFA HATONUEVO CON VILLAVIEJA, REFIERE SE DIRIGIA A COMPRAR ALGUNOS VIVERES EN EL PUEBLO Y EN EL KILOMETRO 4 AL FRENAR PARA EVADIR UN PERRO QUE INVADE SU CARRIL LA MOTO DERRAPA OCOSIONANADO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE Y APARENE APLASTAMIENTO EN FALAGE DISTAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON SANGRADO MODERADO, DOLRO DE GRAN ITNESIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXION Y DEL MISMO Y PARA LA PRENSION DE LA MANO.

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: Regulares condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 125 / 65 //Frecuencia Cardiaca: 81 //Temperatura: 36.8 //Frecuencia Respiratoria: 19 //Peso: 71 //Talla: 165 //I.M.C.: 26.078971533517 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Principal (S601) CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)
- Relacionado1: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA VSW 90G DE MARCA YAMAHA QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE

Impreso por: KAREN YULISSA CASTILLO HERMOSA **SIIGHOS PLUS ©**

5

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10017781
Historia Clínica No.
4945266

TRANSITO EL DIA DE AYER (28/07/2024) A LAS 08+00 HORAS EN EL KILOMETRO 4 DE LA VIA QUE COMUNICA LAVEREDFA HATONUEVO CON VILLAVIEJA, REFIERE SE DIRIGIA A COMPRAR ALGUNOS VIVERES EN EL PUEBLO Y EN EL KILOMETRO 4 AL FRENAR PARA EVADIR UN PERRO QUE INVADE SU CARRIL LA MOTO DERRAPA OCOSIONANADO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE Y APARENE APLASTAMIENTO EN FALAGE DISTAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON SANGRADO MODERADO, DOLRO DE GRAN ITNESIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXION Y DEL MISMO Y PARA LA PRENSION DE LA MANO.

PACIENTE ALGICO, ALERTA, ORIENTADO, CON SIGNSO VITALES ESTABLES, SE APRECIA DEFOMRIDAD EN FLANGE DISTRAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA, CON HERIDA POR APLASTAMIENTO EN UÑA Y LECHO UNGÛEAL, CON LIMITACION PARA LA FLEXION POR LO QUE SE CONSIDERA APARENTE FRACTURA EN PUNTA DE DEDO, SE ORDENA ANALGESIA, REQUIERE, DOSIS UNICA DE TOXOIDE TETANICO, PREVIA ASEPSIA YA NTISEPSIA COLOCACIO DE CAMPOS ESTERILES SE REALIZA LAVADO Y CURACION DE LA HERIDA CON AGUA ESTERIL Y CLORHEXIDINA JABON, SE CUBRE CON GASA FURASINADA. REQUIERE TOMA DE RADIOIMAGENES ASI COM VLAROACION POR ORTOEPDIA A DESCARTAR TRAZO DE FRACTURA O LUXACION POR LO QUE SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD.

Diagnóstico por el cual se remite: S601 CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA VSW 90G DE MARCA YAMAHA QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER (28/07/2024) A LAS 08+00 HORAS EN EL KILOMETRO 4 DE LA VIA QUE COMUNICA LAVEREDFA HATONUEVO CON VILLAVIEJA, REFIERE SE DIRIGIA A COMPRAR ALGUNOS VIVERES EN EL PUEBLO Y EN EL KILOMETRO 4 AL FRENAR PARA EVADIR UN PERRO QUE INVADE SU CARRIL LA MOTO DERRAPA OCOSIONANADO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE Y APARENE APLASTAMIENTO EN FALAGE DISTAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON SANGRADO MODERADO, DOLRO DE GRAN ITNESIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXION Y DEL MISMO Y PARA LA PRENSION DE LA MANO.

PACIENTE ALGICO, ALERTA, ORIENTADO, CON SIGNSO VITALES ESTABLES, SE APRECIA DEFOMRIDAD EN FLANGE DISTRAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA, CON HERIDA POR APLASTAMIENTO EN UÑA Y LECHO UNGÛEAL, CON LIMITACION PARA LA FLEXION POR LO QUE SE CONSIDERA APARENTE FRACTURA EN PUNTA DE DEDO, SE ORDENA ANALGESIA, REQUIERE, DOSIS UNICA DE TOXOIDE TETANICO, PREVIA ASEPSIA YA NTISEPSIA COLOCACIO DE CAMPOS ESTERILES SE REALIZA LAVADO Y CURACION DE LA HERIDA CON AGUA ESTERIL Y CLORHEXIDINA JABON, SE CUBRE CON GASA FURASINADA. REQUIERE TOMA DE RADIOIMAGENES ASI COM VLAROACION POR ORTOEPDIA A DESCARTAR TRAZO DE FRACTURA O LUXACION POR LO QUE SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD.

Resultados Exames

MIGUEL ANGEL DURAN LOPEZ
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1075256863

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	4945266
NOMBRES	REINEL
APELLIDOS	MEDINA PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	VILLAVIEJA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/29/2024 15:13:48	**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,**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031260837

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VSW90G	YAMAHA	T115FI (T115FL-5)	2025

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
114	NEGRO MATE AMARILLO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG.	VIN
E3S9E0100838	N	9FKUE1619S2100830

NÚMERO DE SERIE	REG.	NÚMERO DE CHASIS	REG.
******	N	9FKUE1619S2100830	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
MEDINA PEREZ REINEL	C.C. 4945266

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	DE	FECHA IMPORT	PUERTAS
902024000930415	I	21/02/2024	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
04/03/2024	04/03/2024	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT07003061312

RUNT 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:	VSW90G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031260837	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	T115FI (T115FL-5)
MODELO:	2025	COLOR:	NEGRO MATE AMARILLO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E3S9E0100830
NÚMERO DE CHASIS:	9FKUE1619S2100830	NÚMERO DE VIN:	9FKUE1619S2100830
CILINDRAJE:	114	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	04/03/2024
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8121216900	01/03/2024	02/03/2024	01/03/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63553 fechada el dia 24.09.09 cuyo paciente es MEDINA PEREZ REINEL

HISTORIA No. 4945266

GLOSA No: ZGL-1-48582 **SINIESTRO:** 63553

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310296

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	19800.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	19800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-19490- GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	20700.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63553 fechada el dia 24.09.09 cuyo paciente es MEDINA PEREZ REINEL

HISTORIA No. 4945266

GLOSA No: ZGL-1-48582 **SINIESTRO:** 63553

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	19800.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	19800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-19490- GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	20700.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	20700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-19749- NITROGENO UREICO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	16500.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	16500.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,022,250.00
VALOR GLOSADO :	57000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	57000.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 21 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305071	**No.**	199465	**Siniestro**	90756446	**No. Factura**	FEC163553

Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	28/07/2024	**Fecha aviso**	03/08/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	812121690	**Vigencia**	02/03/2024	**hast**	01/03/2025

Id tomador	4945266	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	4945266	**Nombre**	REINEL MEDINA PEREZ
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	T149	**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	95,500	0	95,500
1	38925	SALA DE OBSERVACIÓN		100%	116,700	0	116,700
3	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	209,100	0	209,100
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS	NO SE RECONOCE UN 19290 UN 19490 UN 19749 NO PERTINENTE PARA ESTUDIO O MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE ACUERDO CON ANTECEDENTES NO HAY JUSTIFICACIÓN COMO PREQUIRÚRGICO.	100%	19,800	19,800	0
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	NO SE RECONOCE UN 19290 UN 19490 UN 19749 NO PERTINENTE PARA ESTUDIO O MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE ACUERDO CON ANTECEDENTES NO HAY JUSTIFICACIÓN COMO PREQUIRÚRGICO.	100%	20,700	20,700	0
1	19749	NITRÓGENO URÉICO	NO SE RECONOCE UN 19290 UN 19490 UN 19749 NO PERTINENTE PARA ESTUDIO O MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE ACUERDO CON ANTECEDENTES NO HAY JUSTIFICACIÓN COMO PREQUIRÚRGICO.	100%	16,500	16,500	0
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	77,700	0	77,700
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	95,500	0	95,500
1	77702	INSUMOS			13,100	0	13,100
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	114,250	0	114,250

1001	Cobrado	1,022,250
1002	Obj. Parcial	57,000
1003	Liquidado	965,250

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:21:33 PM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163553

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
180cba5fbfe4a7674e0b8537ee0eca7f3ce26376a34dafa5d601e5c8ba67e8a2864f8a6ae08f0df9e438b1403dcc603d

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1022250

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-09 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
5d1c6b3e517937beb493b1313f9265008abe3fbd0f270bc11c10d418f3d9531537f659e63067e642a150a85687033578

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-09 11:10:17.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:21:33 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. FEC163553

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
180cba5fbfe4a7674e0b8537ee0eca7f3ce26376a34dafa5d601e5c8ba67e8a2864f8a6ae08f0df9e438b1403dcc603d

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
72da5f7515f4a550c216d3df4624cdaafd5fbe4e8cdb653b75c6eb0d33afdd9c75e2a0d1ff5248202ceded57fb663d50

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-09 11:42:28.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
3bfd376e64f0a39940822ae69c3a37b0414efc0c0ee26b0b5c6b3e895bd124208946f5f5846c6ef8a8e1081b2d236746

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:02:33.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:21:33 PM
Página: 3

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163553

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
180cba5fbfe4a7674e0b8537ee0eca7f3ce26376a34dafa5d601e5c8ba67e8a2864f8a6ae08f0df9e438b1403dcc603d

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
fb5e390afa24370a6efab0556f99a78d040e3563c0a935d247a8134df99c9d16185d12376dda271782bfa1dc7332f4fc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:02:43.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 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: 2/7/2025 -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 ,2024.09.09	11:11:06	2024.10.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63554

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA **TELEFONO:** 8713072 **ORDEN SS** 183883,183890,184349

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.29 - 15:13	2024.08.08 - 12:11

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 4945266 MEDINA PEREZ REINEL **EDAD :** 43 Años

DIRECCION: VEREDA HATONUEVO VILLAVIEJA **TELEFONO:** 3135885259

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
14163	REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO (UNA A DOS)	29-Jul-2024	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	648,600	648,600
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	372,300	372,300
39121	GRUPO 10	29-Jul-2024	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	176,500	176,500
39212	GRUPO 10	29-Jul-2024	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,159,200	1,159,200
39304	GRUPOS 10 11 12 13	29-Jul-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
14103	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS)	29-Jul-2024	39002	3	04	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	89,000	89,000
39102	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39102	3		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	64,000	64,000
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	346,900	346,900
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								5	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA NO. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996776-01	ISODINE SOLUCION								310	0	0
19932764-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932764-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933609-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								310	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								10	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023-12-[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: ba8a0d6815255cc00c87ae27a0bac606406d3a104137b098a4ada09230385c23c1ded[illegible]de1d6af6847304494

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.359.461 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit: 900.390.126 - 6

Recibido!
27 de Septiembre del 2024
20305072

35

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.09	11:11:06	2024.10.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63554

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 183883,183890,184349
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.07.29 - 15:13 | 2024.08.08 - 12:11

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 4945266 MEDINA PEREZ REINEL EDAD : 43 Años
DIRECCION: VEREDA HATONUEVO VILLAVIEJA TELEFONO: 3135886259
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
14163	REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO (UNA A DOS)	29-Jul-2024	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	648,600	648,600
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	372,300	372,300
39121	GRUPO 10	29-Jul-2024	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	176,500	176,500
39212	GRUPO 10	29-Jul-2024	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,159,200	1,159,200
39304	GRUPOS 10 11 12 13	29-Jul-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
14103	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS)	29-Jul-2024	39002	3	04	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	89,000	89,000
39102	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	29-Jul-2024	39102	3		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	64,000	64,000
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	346,900	346,900
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								5	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
	MEDICAMENTOS										
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19998775-01	ISODINE SOLUCION								310	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067851-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								310	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								10	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: ba8a0d6815255cc00c87ae27a0bac606406d3a104137b098a4ada09230385c23c1dcdf7c63f0ad7de1d6af6847304494

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

35

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.09	11:11:06	2024.10.09

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63554

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19960774-02	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
19906237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.29	873206		HJC				1	69,700	69,700
OTROS											
FERULA	FERULA ZIMMER N-A	2024.07.29	FERULA		LLR				1	0	0
39137	CONSULTA PRE-QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.29	890202		HJC				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.29	890202		JHT				1	61,200	61,200
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.08	S22101		ADM				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	3,870,719	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,870,719

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.09 11:14:39 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: ba8a0d6815255cc00c87ae27a0bac606406d3a104137b098a4ada09230385c23c1ded7e63f0ad7de1d6af6847304494

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

34

FACTURA:	63554
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,743,027
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 127,692
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008 942

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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
(Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 63554

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

MEDINA — 1er.Apellido o Razon Social

PEREZ — 2do.Apellido

REINEL — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 4945266

De: 41872 Fecha de Nacimiento: 23/08/1981 Sexo: F [ ] M [X] O [ ]

Direccion: VEREDA HATONUEVO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3135885259

Municipio: VILLAVIEJA Cod. 872

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 [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]
Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 4 VIA HATONUEVO

Fecha Evento/Accidente: 28/07/2024 Hora: 08:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: VILLAVIEJA Cod. 872 Zona: U [ ] R [X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA VSW90G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ESQUIVAR PERRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: YAMAHA Placa: VSW90G

Tipo de Vehiculo:
Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8121216900 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 02/03/2024 Hasta: 01/03/2025

38

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
MEDINA	PEREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
REINEL	

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — **No. Documento** 4945266

Direccion: VEREDA HATONUEVO

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: VILLAVIEJA **Cod.** 872 **Telefono:** 3135885259 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
MEDINA	PEREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
REINEL	

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — **No. Documento** 4945266

Direccion: VEREDA HATONUEVO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3135885259

Municipio: VILLAVIEJA **Cod.** 872

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: 29/07/2024 a las 13:56

Prestador que remite: ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO **Codigo de inscripcion:** 418720056601

Direccion: CAR 3 N 3 -17 **Telefono:** 8797542 HUILA-VILLA VIEJA

Profesional que Remite: MIGUEL ANGEL DURAN LOPEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 29/07/2024 a las 14:11

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JHOAN ALBEIRO BAZAN **Cargo:** MEDICO GENERAL **Placa Ambulancia:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: **Placa No.**

Transporto la victima desde : **Hasta :**

Tipo de Transporte: **Ambulancia Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 29/07/2024 a las 15:13

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 08/08/2024 a las 12:11

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S625 FRACTURA DEL PULGAR

Diagnostico relacionado de Egreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
BAZAN	
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
JHOAN	ALBEIRO

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — **No. Documento** 1061724214

N:mero de Registro de Medico 1061724214

37

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3870719	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.29 — HORA DE INGRESO: 15:13
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.08.08 — HORA DE EGRESO: 12:11
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.29-15:46:22 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 VSW90G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ESQUIVAR PERRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: VILLA VIEJA VALORADO A LAS: 15+13 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 28/07/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 08 : 00 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: DICLOFENACO MAS DEXAMETASONA REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR ESPECIALISTA. AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 154 PESO: 64 IMC: 27 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.
<<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.
<<ABDOMEN>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, MAYOR INTENSIDAD Y LIMITACION 1 DEDO MANO LADO DERECHO. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
A NIVEL DE 1 DEDO MANO DERECHA PRESENTA HERIDA DE 2 CM CON AVULSION DE LECHO UNGUEAL PROFUNDA IRREGULAR SANGRADO MODERADO SUCIA.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

SE SOLICITA PARACLINICOS:
1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR). 5 - GLICEMIA,

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS. INICIO A LAS 06 PM
, 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
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- 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 LABORATORIAS.
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.07.29-16:02:17 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 15:48 / 15:55 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE HERIDA EN 1 DEDO DE MANO DERECHA, SE IBSERVA HERIDA SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASA + MICROPORE

***** FECHA: 24.07.29-16:40:09 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA DISTAL DE FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

*** FECHA: 24.07.29-16:53:21 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE ESTABLE CON FRACTURA ABIERTA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA SE INDICA ANTIBIOTICOTERAPIA DUAL.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

PASAR A SALA DE YESO

*** FECHA: 24.07.29-16:54:28 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 16:00 / 16:05 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JHOAN ALBEIRO BAZAN

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE CARTOMPLAS POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.29-16:54:33 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE CARTOMPLAS POSTERIOR SIN COMPLICACIONES,

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.29-17:26:28 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE RELIZA MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACION CLINICA AHORA CON DIAGNOSTICO DE:
1- FRACTURA ABIERTA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA.
2- HERIDA COMPLEJA 1 DEDO MANO DERECHA CON COMPROMISO UNGUEAL.
3- CONTUSIONES.

SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 72 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. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
PENDIENTE LABORATORIOS.
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 24.07.29-17:26:38 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: 2024.07.29-17:26:32 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.29-18:03:25 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

"ME VAN A OPERAR"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

** 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 : 1 DEDO MANO DERECHA PRESENTA HERIDA DE 2 CM CON AVULSION DE LECHO UNGUEAL PROFUNDA IRREGULAR SANGRADO MODERADO SUCIA. PROFUNDA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA DISTAL DE FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA.

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.29-18:03:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.07.29-18:03:49 MEDICO: / (DR(A), HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

"ME VAN A OPERAR"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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 : 1 DEDO MANO DERECHA PRESENTA HERIDA DE 2 CM CON AVULSION DE LECHO UNGUEAL PROFUNDA IRREGULAR SANGRADO MODERADO SUCIA. PROFUNDA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

***** FECHA: 24.07.29-18:21:32 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE LABORATORIOS

HEMOGRAMA: LEUC 7020, NEU 54.5%, LINF 28.1%, HB 14.8, HTO 42.7%, PLAQ 223.000
CREATININA: 1.0 MG/DL, BUN 15.0 MG/DL
TP 12.5, TTP 35.5, INR 0.96

CONCEPTO: DENTRO DE LA NORMALIDAD.

***** FECHA: 24.07.29-18:22:29 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
GLICEMIA: 80 (NORMAL)

***** FECHA: 24.07.29-21:19:31 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 21:00 / 21:20 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS) VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO (UNA A DOS) VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

27

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

No. DESCRIPCION: 18905
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
PRESENTA HERIDA DE 2 CM EN 1ER DEDO MANO DERECHA CON AVULSION DE LECHO UNGUEAL PROFUNDA IRREGULAR PROFUNDA.
FRACTURA EXPUESTA DE FALANGE DISTAL 1ER DEDO MANO DERECHA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
" PAUSA DE SEGURIDAD
" ANESTESIA DE BLOQUEO
" ASEPSIA Y ANTISEPSIA
" COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
" IDENTIFICACION DE HALLAZGOS
" SE REALIZA LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9% Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA HASTA DEJARLA LIMPIA, SE REALIZA CURETAJE DE FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MAS REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE FALANGE DISTAL SE LAVA EXAUSTIVAMENTE SE SUTURA HERIDA CON PUNTOS SEPARADOS.
" POR ULTIMO, SE DEJA EN HERIDA GASAS CON ISODINE EN LA HERIDA Y SE INMOVILIZA CON FERULA DE ZYMMER
" SIN COMPLICACIONES.

***** FECHA: 24.07.29-21:20:11 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA AP /LATERAL

***** FECHA: 24.07.29-21:21:41 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
PENDIENTE REPORTE DE RX DE CONTROL POP INMEDIATO

** ANALISIS PLAN:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

PLAN
HOSPITALIZAR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS PARA INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
AMIKACINA 1 GR IV DIA
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: CIRUGIA ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.29-21:21:24 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.29-23:54:26 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
INGRESO A HOSPITALIZACION PROCEDENTE DE CIRUGIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALGIDO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN NIGRESA PRESENTANDO POLITRAUMATISMO DEBIDO QUE ES VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 28/07/2024 , PRESENTANDO: FRACTURA ABIERTA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA + HERIDA COMPLEJA 1 DEDO MANO DERECHA CON COMPROMISO UNGUEAL + CONTUSIONES, POR LO QUE FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA PASAR A SALAS DE QUIROFANO PARA REALIZAR DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS + DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA FALANGE, REDUCCION ABIERTA DE RACTURA DE FALANGE DE MANO. POSTERIOR A ESTO, SERVICIO DE ORTOPEDIA NIDCA CONTINUAR CON MANEJO ANTIBIOTICO POR LO QUE SE INGRESA ASERVICIO DE HOSPITALIZACION.
NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRARA NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

TA: 110/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes. <<CUELLO>>
Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.
<<TORAX>>
Tórax no signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados. <<ABDOMEN>>
Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa <<GENITOURINARIO>>
Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.
<<PELVIS>>
Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO EN MANO DERECHA INMOVILIZADA CON FERULA DE ZYMMER . Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
A NIVEL DE 1 DEDO MANO DERECHA PRESENTA HERIDA CURADA Y LIMPÍA .
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA ABIETA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA
2. HERIDA COMPLEJA 1 DEDO MANO DERECHA CON COMPROMISO UNGUEAL
3. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:
1. POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS + DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA FALANGE, REDUCCION ABIERTA DE RACTURA DE FALANGE DE MANO (29/07/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONAL:
1. NIEGA.

S/ REFIERE DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS

74

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

OBJETIVO: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.
SIGNOS VITALES: TA 100/74 MMHG, FC84 LPM, FR 17 RPM, T 36.2°C, SAT 98% AL AMBIENTE
CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: EN MANO DERECHA INMOVILIZADA CON FERULA DE ZYMMER. DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: ALERTA, SIMETRIA FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS. ES LLEVADO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ANOTADOS, ES TRASLADADO A PISO PARA CONTINUAR MANEJO. EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE BAJO GASTO, NO DEFICIT NEUROVASCULAR. SE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 12, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50MG CADA 8 H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.07.30-00:24:41 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.07.30-05:42:25 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA ABIETA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA
2. HERIDA COMPLEJA 1 DEDO MANO DERECHA CON COMPROMISO UNGUEAL
3. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:

23

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

1. POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS + DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA FALANGE, REDUCCION ABIERTA DE RACTURA DE FALANGE DE MANO (29/07/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONAL:
1. NIEGA.

S/ REFIERE DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS

OBJETIVO: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.
SIGNOS VITALES: TA 120/98 MMHG, FC74 LPM, FR 15RPM, T 36.2°C, SAT 98% AL AMBIENTE
CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: EN MANO DERECHA INMOVILIZADA CON FERULA DE ZYMMER. DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: ALERTA, SIMETRIA FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS. ES LLEVADO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ANOTADOS, ES TRASLADADO A PISO PARA CONTINUAR MANEJO. EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE BAJO GASTO, NO DEFICIT NEUROVASCULAR. SE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS:
50MG CADA 8 H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 12, 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: 24.07.30-09:29:54 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

22

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EVOLUCION:
ORTOPEDIA

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA
2. HERIDA COMPLEJA 1 DEDO MANO DERECHA CON COMPROMISO UNGUEAL
3. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:
1. POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS + DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA FALANGE, REDUCCION ABIERTA DE RACTURA DE FALANGE DE MANO (29/07/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONAL:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: REFIERE DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS

OBJETIVO: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.
SIGNOS VITALES: TA 110/98 MMHG, FC74 LPM, FR 15RPM, T 36.2°C, SAT 98% AL AMBIENTE
CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: EN MANO DERECHA INMOVILIZADA CON FERULA DE ZYMMER. DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: ALERTA, SIMETRIA FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

ANALISIS:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION, EN POSTQUIRURGICO SIN COMPLICACIONES, ACTUALMENTE CON ESQUEMA ANTIBIOTICO INTRAVENOSO COMPLETO, SE DECIDE DAR EGRESO Y CONTINUAR MANEJO MEDICO EN CASA.

PLAN:
ALTA POR ESPECIALIDAD.
CEFALEXINA CAPSULAS 500 MG TOMAR UNA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL TABLETA 160/800 MG TOMAR DOS TABLETAS CADA 12 HORAS POR UNA SEMANA
ACETAMINOFEN + TRAMADOL TABLETA 37.5 +325 MG TOMAR UNA CADA 12 HORAS
ETORICOXIB TABLETA 60 MG TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. CAJA POR 14 TABLETAS
CITA DE CONTROL POR ORTOPEDIA EN 10 DIAS DR CUERVO
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RX DE MANO DERECHA CONTROL: FRACTURA DE FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO REDUCIDA DE FORMA ADECUADA.

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA CAPSULAS 500 MG TOMAR UNA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS #28
TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL TABLETA 160/800 MG TOMAR DOS TABLETAS CADA 12 HORAS POR UNA SEMANA #28
ACETAMINOFEN + TRAMADOL TABLETA 37.5 +325 MG TOMAR UNA CADA 12 HORAS #20
ETORICOXIB TABLETA 60 MG TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. #1 CAJA

** OTROS:

***RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

1. NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE Y/O YESO, ESTO SE HACE EN EL CONTROL CON EL ESPECIALISTA. PARA EVITAR ESTO, SE RECOMIENDA, UTILIZAR UNA BOLSA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
2. SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGÉSICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFÉN+TRAMADOL, Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ÚLTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
3. EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENTOS, FIEBRE, MAL OLOR DE LA HERIDA, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
4. SI TIENE ABRASIONES (RASPONES), REALICE CURACIONES CON MERCURIO CROMO O RIFOCINA POR 5 DÍAS, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMENDRAS). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRICES.
5. TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
6. MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIÓTICO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.
7. SE ENTREGA FOLLETO DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA INSTITUCIONAL AL PACIENTE.

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 10 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

*** FECHA: 24.07.30-09:31:01 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SE HACE NOTA ACLARATORIA, LA EVOLUCION DE SALIDA, Y LAS ORDENES DE ESTA, SON REALIZADAS POR EL DR CUERVO.

ORTOPEDIA

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

1. FRACTURA ABIERTA FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA
2. HERIDA COMPLEJA 1 DEDO MANO DERECHA CON COMPROMISO UNGUEAL
3. CONTUSIONES

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:
1. POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS + DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA FALANGE, REDUCCION ABIERTA DE RACTURA DE FALANGE DE MANO (29/07/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONAL:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: REFIERE DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS

OBJETIVO: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.
SIGNOS VITALES: TA 110/98 MMHG, FC74 LPM, FR 15RPM, T 36.2°C, SAT 98% AL AMBIENTE
CABEZA: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
TORAX: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES: EN MANO DERECHA INMOVILIZADA CON FERULA DE ZYMMER. DEMAS EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO: ALERTA, SIMETRIA FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

ANALISIS:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION, EN POSTQUIRURGICO SIN COMPLICACIONES, ACTUALMENTE CON ESQUEMA ANTIBIOTICO INTRAVENOSO COMPLETO, SE DECIDE DAR EGRESO Y CONTINUAR MANEJO MEDICO EN CASA.

PLAN:
ALTA POR ESPECIALIDAD.
CEFALEXINA CAPSULAS 500 MG TOMAR UNA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL TABLETA 160/800 MG TOMAR DOS TABLETAS CADA 12 HORAS POR UNA SEMANA
ACETAMINOFEN + TRAMADOL TABLETA 37.5 +325 MG TOMAR UNA CADA 12 HORAS
ETORICOXIB TABLETA 60 MG TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. CAJA POR 14 TABLETAS
CITA DE CONTROL POR ORTOPEDIA EN 10 DIAS DR CUERVO
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.30-09:32:15 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, YA VALORADA POR ESPECIALIDAD, QUIEN INDICA EGRESO, CON FORMULACION, RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA, INCAPACIDAD

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.30-09:31:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 24.08.08-11:50:59 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 28/07/2024 CON CURETAJE DE LA CURETAJE DE FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MAS REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE FALANGE DISTAL EL DIA 29/07/2024 ASISTE HOY CONTROL ORTOPEDIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 77 FR: 17 TEMP: 36.0

** 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: PRESENTA HERIDA LIMPIA SECA NO SECRSION MOVILIDA CONSERVADA DEL 1ER DEDO MANO DEFHCCA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA AP/LATERAL
TOMAR EN 15 DIAS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** ORDENES MEDICAS:

REALIZAR CURACION # 1 - AHORA

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX

*** FECHA: 24.08.08-12:00:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

PACIENTE CON EVOLUCION POP SATISFACTORIA POR LO QUE SE INDICA

PLAN
REALIZAR CURACION # 1 - AHORA
CONTROL ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.08.08-12:00:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.08.08-12:01:09 MEDICO: / (AUXIL. ADM - ADRIANA MOLINA RAMOS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 12:01 / 12:11 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

12:01H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 42 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON ORDEN DE CURACION

12:02H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN 1ER DEDO DE MANO DERECHA SE OBSERVA CON FERULA DE ZIMMER EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA IREGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65447

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MEDINA PEREZ REINEL

DOC.IDENT:	CC 4945266	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA HATONUEVO		
FCHA.NACTO:	1981.08.23	EDAD:	43 A	CIUDAD:	VILLAVIEJA	TEL:	3135885259
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CON GASA IMPREGNADAS CON ISODINE SOLUCION INMOVILIZADO CON FERULA DE ZIMMER Y CINTA MICROPORE, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

12:11H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	ABIERTA	

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18905

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183883 Fecha 29/07/24

Nombre Paciente: MEDINA PEREZ REINEL 4945266 Edad: 43 Sexo: M

Hora inicio 21:00 Hora fin: 21:20 Duraci¾n: 00:20 Tipo de Anestesia: BLOQUEO

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: KSC- KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion PAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S626-FRACTURA DE FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA.	1. S626-FRACTURA DE FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA.

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
14103	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS)	HJC	1 - 1i Interv 100%
14163	REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO (UNA A DOS)	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:

PRESENTA HERIDA DE 2 CM EN 1ER DEDO MANO DERECHA CON AVULSION DE LECHO UNGUEAL PROFUNDA IRREGULAR PROFUNDA.
FRACTURA EXPUESTA DE FALANGE DISTAL 1ER DEDO MANO DERECHA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

" PAUSA DE SEGURIDAD
" ANESTESIA DE BLOQUEO
" ASEPSIA Y ANTISEPSIA
" COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
" IDENTIFICACION DE HALLAZGOS
" SE REALIZA LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9% Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA HASTA DEJARLA LIMPIA, SE REALIZA CURETAJE DE FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MAS REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE FALANGE DISTAL SE LAVA EXAUSTIVAMENTE SE SUTURA HERIDA CON PUNTOS SEPARADOS.
" POR ULTIMO, SE DEJA EN HERIDA GASAS CON ISODINE EN LA HERIDA Y SE INMOVILIZA CON FERULA DE ZYMMER

" SIN COMPLICACIONES.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX DE MANO DERECHA.
Intensificador de Imagen

Dr. HECTOR CUERVO RAMIREZ Ortopedia y Traumatología RM. 2715 CUERVO A. 380

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4945266

ADMISION N_: 183883

NOMBRE: MEDINA PEREZ REINEL **Num. Id-:** CC 4945266
FECHA NACIMIENTO: 1981.08.23 **EDAD:** 43 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.07.29 **HORA DE INGRESO:** 18:03:25 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.29 18:03
DIRECCION: VEREDA HATONUEVO **CIUDAD:** VILLAVIEJA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3135885259
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** EDI YOHANA VILLEGAS
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.29

<< REGISTRO: 18:03:25 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** REPETIDO

MOTIVO CONSULTA

"ME VAN A OPERAR"

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--->><<2024.07.29-15:46:22>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 183877
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: OTS AUN CON MATERIAL EN RODILLA DERECHA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<2024.07.29-18:13:10>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 183883

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: OSTEOSINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/75 **FC:** 77 **FR:** 17 **Tmp:** 36. **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4945266

ADMISION N_: 183883

NOMBRE: MEDINA PEREZ REINEL **Num. Id-:** CC 4945266

FECHA NACIMIENTO: 1981.08.23 **EDAD:** 43 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2024.07.29 **HORA DE INGRESO:** 18:03:25 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.29 18:03

DIRECCION: VEREDA HATONUEVO **CIUDAD:** VILLAVIEJA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3135885259

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** EDI YOHANA VILLEGAS

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : 1 DEDO MANO DERECHA PRESENTA HERIDA DE 2 CM CON AVULSION DE LECHO UNGUEAL PROFUNDA IRREGULAR SANGRADO MODERADO SUCIA. PROFUNDA

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

ANALISIS/PLAN

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.29-18:03:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA DISTAL DE FALANGE DISTAL 1 DEDO MANO DERECHA.

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

FECHA DE EGRESO: 2024.07.29 **HORA DE EGRESO:** 18:03:23 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
Registro Medico: 244

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 183883 - 1

NOMBRE: MEDINA PEREZ REINEL C.C. -TI-RC-OTRO 4945266
EDAD: 43 A FECHA DE NACIMIENTO: 1981.08.23 SEXO: M
DIRECCION: VEREDA HATONUEVO TELEFONO: 3135885259
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: EDI YOHANA VILLEGAS TELEFONO: 3135885259

FECHA: 2024.07.29
CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.07.29-15:46:22>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 183877

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: OTS AUN CON MATERIAL EN RODILLA DERECHA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<2024.07.29-18:13:10>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 183883

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: OSTEOSINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 135/52 **FC:** 74 **FR:** 18 **PESO:** 64 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
HERIDA EN FALANGE DISTAL DE 1 DEDO DE LA MANO DERECHA, CON COMPROMISO UNGUEAL Y EXPOSICION DE FRACTURA DE LA MISMA

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 183883 - 1

NOMBRE: MEDINA PEREZ REINEL C.C. -TI-RC-OTRO 4945266

EDAD: 43 A FECHA DE NACIMIENTO: 1981.08.23 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA HATONUEVO TELEFONO: 3135885259

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: EDI YOHANA VILLEGAS TELEFONO: 3135885259

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: Hb: Glicemia: BUN: Creat: PT: PTT: Plaq:

INR: Hemoclasificiación: Grupo:

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S626
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, BLOQUOE ANESTESICO, ANALGESIA POP

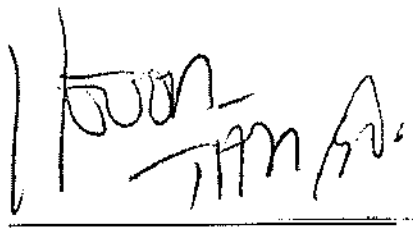
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano ESTADO SALIDA: VIVO FECHA: 2024.07.29 HORA: 18:00:02

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
Medina	Perez	Pedro	4945266

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
29 1 24	62 h	H ☒ M ☐	170	64	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fx n. del b. der. desplazada + cubital izq.

OPERACION PROPUESTA Reducción + osteosíntesis

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

no no Fx platillo tib. derecho

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO — IOT SI NO — VIA AEREA — DIENTES — CUELLO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL

ESTADO PSICOLOGO

NECESITA SANGRE NO C.C. — **PREMEDICACION** NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Cx

REPARACION E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 1

HORA

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA —
REFLEJOS +
MOTILIDAD +

RECUPERACION O K
CONCIENCIA O K
DIURESIS O N
SENSIBILIDAD O N
PIEL Vo/a bien tol.

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Ingresa vuelve a sal. d' recuperación bajo anestesia

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejoría

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION E A C

CCSC ____ CSA ____ CCC ____

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____ ▽
I NT No ____

E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO ●

RESPIRACION ○

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION ◉

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE ▩

ECG ^^^^

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Ago-2024 11:46:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.07.2 15:13
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 43 Años **Fecha Egreso :**
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
4945266 MEDINA PEREZ REINEL 1 NIVEL I VILLAVIEJA VEREDA HATONUEVO 3135885259

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.29	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LLR	10.00
2024.07.29	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2024.07.29	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	LLR	2.00
2024.07.29	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	LLR	2.00
2024.07.29	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2024.07.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	4.00
2024.07.29	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2024.07.29	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	LLR	2.00
2024.07.29	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2024.07.29	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	LLR	1.00
2024.07.29	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2024.07.29	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2024.07.29	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2024.07.29	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2024.07.29	KR	FERULA	FERULA ZIMMER	LLR	1.00
2024.07.29	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	2.00
2024.07.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	4.00
2024.07.29	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	1.00
2024.07.29	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	5.00
2024.07.29	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	5.00

8

PACIENTE: 4945266 MEDINA PEREZ REINEL **EDAD:** 43

DIRECCION: VEREDA HATONUEVO **TELEFONO:** 3135885259

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64413 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.29 **Nº POLIZA:** 8121216900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 30 de julio de 2024						
00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	JFE1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	JFE1	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	JFE1	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	HAC1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HAC1	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 31.00

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.27
HORA:	17:06:56
PAGINA No:	1

Numero: 91847 Fecha Ex. 29/07/24 Hora 17:22
Nombre Paciente: 4945266 MEDINA PEREZ REINEL
Dirección: VEREDA HATONUEVO Telefono: 3135885259 Edad: 43 A Sexo: M
Medico: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha observándose fractura de la 2° falange del dedo pulgar.
edema de los tejidos blandos adyacentes al foco de fractura.
Aparatos de inmovilización en U invertida.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10017781
Historia Clínica No.
4945266

Fecha de remisión lunes, 29 de julio de 2024 **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
REINEL MEDINA PEREZ	CC: 4945266	23-ago-1981	COLOMBIA	HUILA	VILLAVIEJA	42 Años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
REINEL MEDINA MU?OZ, HATO NUEVO	3205655251	HUILA	VILLAVIEJA	R

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE
Nombre responsable:
Dirección de residencia:
Departamento: 00
Documento: CC:
Teléfono:
Ciudad: 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	lunes, 29 de julio de 2024	**Fecha de Egreso:**	lunes, 29 de julio de 2024
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	13:56	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Prioritaria

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
"ME CAI EN LA MOTO Y ME LESIONE UN DEDO"

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA VSW 90G DE MARCA YAMAHA QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER (28/07/2024) A LAS 08+00 HORAS EN EL KILOMETRO 4 DE LA VIA QUE COMUNICA LAVEREDFA HATONUEVO CON VILLAVIEJA, REFIERE SE DIRIGIA A COMPRAR ALGUNOS VIVERES EN EL PUEBLO Y EN EL KILOMETRO 4 AL FRENAR PARA EVADIR UN PERRO QUE INVADE SU CARRIL LA MOTO DERRAPA OCOSIONANADO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE Y APARENE APLASTAMIENTO EN FALAGE DISTAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON SANGRADO MODERADO, DOLRO DE GRAN ITNESIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXION Y DEL MISMO Y PARA LA PRENSION DE LA MANO.

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: Regulares condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 125 / 65 //Frecuencia Cardiaca: 81 //Temperatura: 36.8 //Frecuencia Respiratoria: 19 //Peso: 71 //Talla: 165 //I.M.C.: 26.078971533517 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Principal (S601) CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)
- Relacionado1: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA VSW 90G DE MARCA YAMAHA QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE

E.S.E HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011566
Calle 3 No. 3 -17

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10017781
Historia Clínica No.
4945266

TRANSITO EL DIA DE AYER (28/07/2024) A LAS 08+00 HORAS EN EL KILOMETRO 4 DE LA VIA QUE COMUNICA LAVEREDFA HATONUEVO CON VILLAVIEJA, REFIERE SE DIRIGIA A COMPRAR ALGUNOS VIVERES EN EL PUEBLO Y EN EL KILOMETRO 4 AL FRENAR PARA EVADIR UN PERRO QUE INVADE SU CARRIL LA MOTO DERRAPA OCOSIONANADO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE Y APARENE APLASTAMIENTO EN FALAGE DISTAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON SANGRADO MODERADO, DOLRO DE GRAN ITNESIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXION Y DEL MISMO Y PARA LA PRENSION DE LA MANO.

PACIENTE ALGICO, ALERTA, ORIENTADO, CON SIGNSO VITALES ESTABLES, SE APRECIA DEFOMRIDAD EN FLANGE DISTRAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA, CON HERIDA POR APLASTAMIENTO EN UÑA Y LECHO UNGÛEAL, CON LIMITACION PARA LA FLEXION POR LO QUE SE CONSIDERA APARENTE FRACTURA EN PUNTA DE DEDO, SE ORDENA ANALGESIA, REQUIERE, DOSIS UNICA DE TOXOIDE TETANICO, PREVIA ASEPSIA YA NTISEPSIA COLOCACIO DE CAMPOS ESTERILES SE REALIZA LAVADO Y CURACION DE LA HERIDA CON AGUA ESTERIL Y CLORHEXIDINA JABON, SE CUBRE CON GASA FURASINADA. REQUIERE TOMA DE RADIOIMAGENES ASI COM VLAROACION POR ORTOEPDIA A DESCARTAR TRAZO DE FRACTURA O LUXACION POR LO QUE SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD.

Diagnóstico por el cual se remite: S601 CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACA VSW 90G DE MARCA YAMAHA QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER (28/07/2024) A LAS 08+00 HORAS EN EL KILOMETRO 4 DE LA VIA QUE COMUNICA LAVEREDFA HATONUEVO CON VILLAVIEJA, REFIERE SE DIRIGIA A COMPRAR ALGUNOS VIVERES EN EL PUEBLO Y EN EL KILOMETRO 4 AL FRENAR PARA EVADIR UN PERRO QUE INVADE SU CARRIL LA MOTO DERRAPA OCOSIONANADO CAIDA DE LA MISMA SUFRIENTDO TRAUMA CONTUNDENTE Y APARENE APLASTAMIENTO EN FALAGE DISTAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON SANGRADO MODERADO, DOLRO DE GRAN ITNESIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXION Y DEL MISMO Y PARA LA PRENSION DE LA MANO.

PACIENTE ALGICO, ALERTA, ORIENTADO, CON SIGNSO VITALES ESTABLES, SE APRECIA DEFOMRIDAD EN FLANGE DISTRAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA, CON HERIDA POR APLASTAMIENTO EN UÑA Y LECHO UNGÛEAL, CON LIMITACION PARA LA FLEXION POR LO QUE SE CONSIDERA APARENTE FRACTURA EN PUNTA DE DEDO, SE ORDENA ANALGESIA, REQUIERE, DOSIS UNICA DE TOXOIDE TETANICO, PREVIA ASEPSIA YA NTISEPSIA COLOCACIO DE CAMPOS ESTERILES SE REALIZA LAVADO Y CURACION DE LA HERIDA CON AGUA ESTERIL Y CLORHEXIDINA JABON, SE CUBRE CON GASA FURASINADA. REQUIERE TOMA DE RADIOIMAGENES ASI COM VLAROACION POR ORTOEPDIA A DESCARTAR TRAZO DE FRACTURA O LUXACION POR LO QUE SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD.

Resultados Exames

MIGUEL ANGEL DURAN LOPEZ
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1075256863

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	4945266
NOMBRES	REINEL
APELLIDOS	MEDINA PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	VILLAVIEJA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/29/2024 15:13:48	**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,**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031260837

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VSW90G	YAMAHA	T115FI (T115FL-5)	2025

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
114	NEGRO MATE AMARILLO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
E3S9E0100830	N	9FKUE161952100830

NÚMERO DE SERIE	TIPO	NÚMERO DE CHASIS	REG
*****	N	9FKUE161952100830	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
MEDINA PEREZ REINEL	C.C. 4945266

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	CILINDRAJE	POTENCIA HP
	*****	9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	NE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
902024000030415	I	21/02/2024	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

*****

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
04/03/2024	04/03/2024	*****

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE ÓPTAL HUILAIRIVERA



LT07003061312

RUNT 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:	**VSW90G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10031260837**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**YAMAHA**	LÍNEA:	**T115FI (T115FL-5)**
MODELO:	**2025**	COLOR:	**NEGRO MATE AMARILLO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**E3S9E0100830**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FKUE1619S2100830**	NÚMERO DE VIN:	**9FKUE1619S2100830**
CILINDRAJE:	**114**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**04/03/2024**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8121216900	01/03/2024	02/03/2024	01/03/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63554 fechada el dia 24.09.09 cuyo paciente es MEDINA PEREZ REINEL

HISTORIA No. 4945266

GLOSA No: ZGL-1-48581 **SINIESTRO:** 63554

Recibido!
28 de Octubre del 2024
20310297
equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63554 fechada el dia 24.09.09 cuyo paciente es MEDINA PEREZ REINEL

HISTORIA No. 4945266

GLOSA No: ZGL-1-48581 **SINIESTRO:** 63554

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

>> ITEM GLOSADO 3: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SE ANEXA HOJA DE APLICACION Y SUMINISTRO DE MEDICAMNETOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTIENETES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. POR OTRO LADO EL CLORURO DE SODIO ES UTILIZADO PARA LA APLICACIÓN O DILUIR MEDICAMENTOS. SE ANEXA NUEVAMENTE HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS Y SALA DE CURACION, POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	400.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

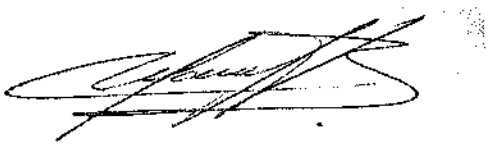
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	400.00	SE ANEXA HOJA DE SUMINISTRO Y APLICACION DE MEDICAMENTO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE POR CRITERIO MEDICO ES DEJADO EN HOSPITALIZACION Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	3,870,719.00
VALOR GLOSADO :	127692.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	127692.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 21 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305072	**No.**	199465	**Siniestro**	90756446	**No. Factura**	FEC163554
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	28/07/2024	**Fecha aviso**	03/08/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	812121690	**Vigencia**	02/03/2024 **hast** 01/03/2025
Id tomador	4945266	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	4945266	**Nombre**	REINEL MEDINA PEREZ				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	S611					**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	14163	REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO (UNA A DOS)		100%	648,600	0	648,600
1	39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 10		100%	372,300	0	372,300
1	39121	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 10		100%	176,500	0	176,500
1	39212	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 10		100%	1,159,200	0	1,159,200
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	649,000	0	649,000
1	14103	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA, FALANGES (UNA A DOS)		100%	89,000	0	89,000
1	39102	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 04		100%	64,000	0	64,000
1	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	346,900	0	346,900
1	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	69,700	0	69,700
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS	EE.NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA $400		6,700	400	6,300
1	77701	MEDICAMENTOS	EE. NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN$4892, , , , ,	100%	137,119	4,892	132,227

1001	Cobrado	3,870,719
1002	Obj. Parcial	127,692
1003	Liquidado	3,743,027

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

PACIENTE: 4945266 MEDINA PEREZ REINEL **EDAD:** 43

DIRECCION: VEREDA HATONUEVO **TELEFONO:** 3135885259

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64413 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.29 **Nº POLIZA:** 8121216900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	martes, 30 de julio de 2024					
00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	JFE1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
02:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	JFE1	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	JFE1	
04:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	JFE1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	JFE1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	JFE1	
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	HAC1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HAC1	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 31.00

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:21:54 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. FEC163554

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ba8a0d6815255cc00c87ae27a0bac606406d3a104137b098a4a da09230385c23c1dedf7e63f0ad7de1d6af6847304494

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3870719

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-09 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
196df724636fccc94c1f948d6e535e003871d13d7adcf27184618 698b5861a8278b9f66e7b75b943f8a368d3f32c6e04

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-09 11:11:39.000 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. FEC163554

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ba8a0d6815255cc00c87ae27a0bac606406d3a104137b098a4a da09230385c23c1dedf7e63f0ad7de1d6af6847304494

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
f88b0ec0caba96128a13f9a4b1538db0e5f4f73f342b5052e58f6e 993c501c9b15862bdec1908fbbd99c4db549859be9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-09 11:57:00.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
8d09673c2491bc834286138d82a5791841da2fd3c9cbc40874a e979b6294640540e89c7afdc8dc1ca3f1ae6db4d025de

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:02:12.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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. FEC163554

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-09 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ba8a0d6815255cc00c87ae27a0bac606406d3a104137b098a4a da09230385c23c1dedf7e63f0ad7de1d6af6847304494

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
604f578d3cc1aae26e1c9802becfb237e6fac7e07bf2359e1577f 6eae8b2f66b517916b01b53cd87359c4dcb24eeefa3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:02:22.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 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: 2/7/2025 -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 ,2024.09.12	11:51:35	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63679

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC

TIPO CONTRATO: EVENTO
REGIMEN: OTRO REGIMEN
TELEFONO: 8713072

VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 181908
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2024.06.24 - 21:03 2024.06.24 - 22:56

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE
EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 71 # 5 - 64 NEIVA
TELEFONO: 3186880079

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	116,700	116,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0,9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19996384-02	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.24	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.24	873206		HOS				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.24	873121		HOS				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.24	873121		HOS				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.06.24	879111		HOS				1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.06.24	879131		HOS				1	758,200	758,200
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.24	902208						1	34,300	34,300
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.24	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.24	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.24	890701		HOS				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.24	S22101		CLO				1	29,300	29,300

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 C... T. 774 667 CODIGO DE COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORT... NIT. 800.110.181

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 20... 12...7 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-000...5595 Has... ...1-00080000 AUTORIZA

Recibido!
27 de Septiembre del 2024
20305074

Cufe: 57676c2b951ed9c0a4774a4b0690ab3fb76595bea6d45b90ac3571b14d5e8d85d8ad... ...f2736a12cf98c28e72

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

23

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.12	11:51:35	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63679

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 181908
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.06.24 - 21:03 2024.06.24 - 22:56

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 71 # 5 - 64 NEIVA TELEFONO: 3186880079
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	116,700	116,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19986364-02	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.24	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.24	873206		HOS				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.24	873121		HOS				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.24	873121		HOS				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.06.24	879111		HOS				1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.06.24	879131		HOS				1	758,200	758,200
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.24	902206						1	34,300	34,300
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.24	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.24	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.24	890701		HOS				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.24	S22101		CLO				1	29,300	29,300

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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 57676c2b951ed9c0a4774a4b0690ab3fb76595bea6d45b90ac3571b14d5e8d85d8ad730fc8fecef2736a12cf98c28e72

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

23

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.12	11:51:35	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63679

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	2,199,800	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,199,800

SON: DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.12 11:52:08 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 57676c2b951ed9c0a477a4b0690ab3fb76595bea6d45b90ac3571b14d5e8d85d8ad730fc8fecef2736a12cf98c28e72

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

22

FACTURA:	63679
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 745,808
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,453,992
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
(Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: FEC1- 63679

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
SOLORZANO	PERALTA

1er.Nombre	2do.Nombre
DANIEL	FELIPE

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC [X] TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1076505982

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 13/05/2008 Sexo: F [X] M O

Direccion: CLL 71 # 5 - 64

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3186880079

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: VEREDA EL GUADUAL

Fecha Evento/Accidente: 24/06/2024 Hora: 19:56

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Zona: U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA VTA42G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: HONDA Placa: VTA42G

Tipo de Vehiculo:											
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8121668700 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 22/03/2024 Hasta: 21/03/2025

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CASTRO	RUBIANO
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
LUISA	FERNANDA
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 1075296008

Direccion: CLL 71 # 5 64

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3186880079 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

SOLORZANO	PERALTA
1er.Apellido	2do.Apellido
DANIEL	FELIPE
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [ ] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [X] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 1076505982

Direccion: CLL 71 # 5 64

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3186880079

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: Codigo de inscripcion:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo: Placa Ambulancia:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde : Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 24/06/2024 a las 21:03

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Fecha de Egreso: 24/06/2024 a las 22:56

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

SALGADO	
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
HORACIO	ORDOÑEZ
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 1075271438

Nmero de Registro de Medico 1075271438

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2199800	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.24 — HORA DE INGRESO: 21:03
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.06.24 — HORA DE EGRESO: 22:56
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.24-21:39:29 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA VTA42G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 21+02 HORAS
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO MULTIPLES TRAUMATISMOS, MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 105/75 FC: 75 FR: 19 TEMP: 36.2 TALLA: 170 PESO: 75 IMC: 26 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PRESENTA DOLOR A PALPACION EN MACIZO FACIAL, CON DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, SIN MASAS, SIN DOLOR, SIN LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD
<<TORAX>>
SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOROSO A PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y RODILLA DERECHA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, REFIERE CEFALEA INTENSA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR.
<<PIEL>>
PRESENTA HERIDA LINEAL DE 3CM CON BORDES MACERADOS, CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE EN POMULO DERECHO; ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO A NIVEL DE HEMICARA DERECHA.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA VIGILANCIA, MANEJO MEDICO Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE INDICA TOMAR PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION, SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA.

PLAN
- OBSERVACION
- LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR A 40 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.06.24-21:46:13 MEDICO: / (AUXIL. CLO - CARMEN LIGIA OLAYA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 21:39 / 21:42 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: CARMEN LIGIA OLAYA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONESSE OBSERVAHERIDA EN POMULO DERECHO SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION,+MICROPORE SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 24.06.24-22:52:33 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:

TAC CEREBRAL SIMPLE:SIN LESIONES HEMORRAGICAS APARENTES, VENTRICULOS Y CISTERNAS DE LA BASE LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, SIN DESVIACIONES, NO TRAZOS DE FRACTURA

TAC DE CARA: NO SE EVIDENCIAN NI APRECIAN FRACTURAS DE HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ NI DE LA CARA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

*** FECHA: 24.06.24-22:54:06 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI	1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64	
FCHA.NACTO:	2008.05.13		EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL: 3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	0A			

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REPORTAN PARACLINICOS:

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 6890, NEU: 56.9, LIN: 32.6, HGB: 15.2, HCTO: 43.6, PLAQ: 191000

TP: 12.8, TTP: 28, INR: 1.07

HEMOGRAMA Y TIEMPOS DE COAGULACION EN LA NORMALIDAD

*** FECHA: 24.06.24-22:56:10 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.24-22:56:03 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.24-22:59:44 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: INTERCON

** VALORACION,PLAN INTERCONSULTAS:
--->><<2024.06.24-23:01:56>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) / ADMIS: 181908
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN VIA PUBLICA SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDA CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA, RELATA ASTIGMATISMO
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGION MALAR DERECHA, DE 3X3 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION MALAR A DERECHA DE APROX 3 CM IRREGULAR, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, PERDIDA DE TEJIDO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.
CD A CIRUGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Horacio Ordoñez S.
Médico-Cirujano
R.M. 1075271438

DR@. HORACIO ORDOÑEZ SALGADO
REG. MED: 1075271438

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 181908

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181908 **Fecha** 2024/06/24

Nombre Paciente: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE - 1076505982 **Edad:** 16 **Sexo:** M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
6. S014-HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGION TEMPOROMANDIBULAR

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
6. S014-HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGION TEMPOROMANDIBULAR

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	CLO	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONESSE OBSERVAHERIDA EN POMULO DERECHO SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION,+MICROPORE SIN COMPLICACION ALGUNA.

carmen
QUIEN REALIZA

Javier Solorzano
FIRMA DE PACIENTE

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,26-Jul-2024 15:05:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.06.2	21:03
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	16 Años		**Fecha Egreso :**	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL	1 NIVEL I		NEIVA	CLL 71 # 5 - 64	3186880079

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.24	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.06.24	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.06.24	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.06.24	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.06.24	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00

PACIENTE: 1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE **EDAD:** 16

DIRECCION: CLL 71 # 5 - 64 **TELEFONO:** 3186880079

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63846 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.24 **Nº POLIZA:** 8121668700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	Junes, 24 de junio de 2024					
21:04:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	NRI	
21:04:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		NOCHE	NRI	
21:04:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	5.00		NOCHE	NRI	
21:04:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	NRI	
21:04:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
21:40:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
21:40:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
21:40:00	CLORURO SODIO AL 0,9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
21:40:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	NRI	
21:40:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 18.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clinico Especializado

Informe preliminar

202406240091

SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE — 202406240091

Documento	: TI1076505982	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2008-06-24	Edad	: 16 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-06-24 10:18:01 pm F. Impreso : 2024-06-24 10:41:08 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV.			
Recuento de Leucocitos	6.89	x 10^3/ul	4
Recuento de Globulos Rojos	5.23	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	15.2	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	43.6	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	83.4	fl.	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	29.0	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.8	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	191	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	56.9	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	32.6	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	8.8	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	1.70	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	3.92	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.25	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.60	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.12	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	9.7	fl.	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	40.4	fl.	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.9	%	11.5 - 14.5
PDW	15.7		
PCT	0.184	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	12.80	seg	11.30 - 13.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	28.00	seg	22.00 - 36.00
INR.	1.07		

Calle 18 No 6-39 | Neiva - Huila | 6088643405 - 3187164008 - 3176446908 | www.ipslabmariagicelaramirez.com

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
NIT: 900.422.862-8
Calle 18 No. 6 – 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE y MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. **900.422.862-8**, certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT No. **800.110.181-9** se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022, 2023 y de los meses de ENERO, a JUNIO de 2024, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los cuatro (04) días del mes de julio de 2024.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

C.C. No. 36309066 NEIVA
Contador Público
T.P. No.123297-T

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422862-8

LA SUMA DE TRECE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS MCTE ($13.738.410)

POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 21 AL 30 DE 2024

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
MARCOS REYES FIERRO										
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406210001	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
MARCOS REYES FIERRO										
202406220030	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406220030	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 69,700
202406220030	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	ERITROSEDIMENTACION VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG AUT	$ 7,900
202406220030	CLINICA DE FRACTURAS	83087059	MARCOS		REYES	FIERRO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JORGE IVAN LOSADA RIOS										
202406210002	CLINICA DE FRACTURAS	1077235108	JORGE	IVAN	LOSADA	RIOS	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406210002	CLINICA DE FRACTURAS	1077235108	JORGE	IVAN	LOSADA	RIOS	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900

24

1006

202406240090	CLINICA DE FRACTURAS	36303326	ADRIANA	MARIA	ZULETA	POLANCO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406240090	CLINICA DE FRACTURAS	36303326	ADRIANA	MARIA	ZULETA	POLANCO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406240090	CLINICA DE FRACTURAS	36303326	ADRIANA	MARIA	ZULETA	POLANCO	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DANIEL FELIPE SOLORZANO PERALTA										
202406240091	CLINICA DE FRACTURAS	1076505982	DANIEL	FELIPE	SOLORZANO	PERALTA	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406240091	CLINICA DE FRACTURAS	1076505982	DANIEL	FELIPE	SOLORZANO	PERALTA	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406240091	CLINICA DE FRACTURAS	1076505982	DANIEL	FELIPE	SOLORZANO	PERALTA	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JOSE ALEXANDER GUTIERREZ SANCHEZ										
202406240092	CLINICA DE FRACTURAS	79222773	JOSE	ALEXANDER	GUTIERREZ	SANCHEZ	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406240092	CLINICA DE FRACTURAS	79222773	JOSE	ALEXANDER	GUTIERREZ	SANCHEZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406240092	CLINICA DE FRACTURAS	79222773	JOSE	ALEXANDER	GUTIERREZ	SANCHEZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO										
202406250001	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406250001	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406250001	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO										
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406270015	CLINICA DE FRACTURAS	1079177245	NICOLLE	DANIELA	TRUJILLO	MONTENEGRO	TI	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
NICOLLE DANIELA TRUJILLO MONTENEGRO										

14

202406300016	CLINICA DE FRACTURAS	1031165458	YESICCA	ANDREA	LADINO	ORTEGON	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406300016	CLINICA DE FRACTURAS	1031165458	YESICCA	ANDREA	LADINO	ORTEGON	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300016	CLINICA DE FRACTURAS	1031165458	YESICCA	ANDREA	LADINO	ORTEGON	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
BENJAMIN DIAZ QUEVEDO										
202406300017	CLINICA DE FRACTURAS	4899258	BENJAMIN		DIAZ	QUEVEDO	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406300017	CLINICA DE FRACTURAS	4899258	BENJAMIN		DIAZ	QUEVEDO	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406300017	CLINICA DE FRACTURAS	4899258	BENJAMIN		DIAZ	QUEVEDO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406300017	CLINICA DE FRACTURAS	4899258	BENJAMIN		DIAZ	QUEVEDO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300017	CLINICA DE FRACTURAS	4899258	BENJAMIN		DIAZ	QUEVEDO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406300017	CLINICA DE FRACTURAS	4899258	BENJAMIN		DIAZ	QUEVEDO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JULIAN SNEIDER CALLEJAS LLANOS										
202406300018	CLINICA DE FRACTURAS	1129844401	JULIAN	SNEIDER	CALLEJAS	LLANOS	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406300018	CLINICA DE FRACTURAS	1129844401	JULIAN	SNEIDER	CALLEJAS	LLANOS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300018	CLINICA DE FRACTURAS	1129844401	JULIAN	SNEIDER	CALLEJAS	LLANOS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
CARLOS DANIEL MESA SILVA										
202406300019	CLINICA DE FRACTURAS	1003808528	CARLOS	DANIEL	MESA	SILVA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406300019	CLINICA DE FRACTURAS	1003808528	CARLOS	DANIEL	MESA	SILVA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300019	CLINICA DE FRACTURAS	1003808528	CARLOS	DANIEL	MESA	SILVA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
TOTAL										***$ 15,263,900***
DESCUENTO DEL 10%										***$ 1,526,490***
TOTAL A CANCELAR										***$ 13,738,410***

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 24.07.31
HORA: 17:50:48
PAGINA No: 1

Numero: 90817 Fecha Ex. 24/06/24 Hora 17:19
Nombre Paciente: 1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE
Dirección: CLL 71 #'5 - 64 Telefono:3186880079 Edad:16 A Sexo:M
Medico: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO 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 RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo derecho observándose la diáfisis del humero con aspecto anatómico y densidad ósea normal.
No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se identifican aparentes alteraciones.
Se nota ligero edema de tejidos blandos del cuero cabelludo de la región fronto temporal derecha.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.
Anotándose presencia de artefacto hiperdenso nodular hacia la parte central del hemisferio cerebral izquierdo.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.07.31
HORA:	17:50:48
PAGINA No:	2

Numero: 90817 Fecha Ex. 24/06/24 Hora 16:23
Nombre Paciente: 1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE
Dirección: CLL 71 # 5 - 64 Telefono:3186880079 Edad:16 A Sexo:M
Medico: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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 no muestra alteraciones.
Hay moderada desviación del septum nasal hacia la izquierda de la linea media.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.
Anotándose presencia de pequeños engrosamientos mucoperiosticos polipoide de la mucosa hacia el piso de los senos maxilares y un septum ligeramente engrosado hacia el aspecto anterior del seno maxilar derecho.
No se advierten otras alteraciones.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 24-06-2024

Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Deicy Peralta Rodriguez identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Daniel Felipe Solarano P, con identificación No. 1026305982, 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 24/06/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre: Deicy Peralta R
c.c. 55164103.10

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

1012

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.076.505.982**

SOLORZANO PERALTA

APELLIDOS

DANIEL FELIPE

NOMBRES



daniel Felipe Solorzano

FIRMA

Powered by CamScanner

1013



FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-2008**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

13-MAY-2026 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

08-JUL-2016 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

P-1900100-00871055-M-1076505982-20161213 0052588846A 2 6674003309

Powered by CamScanner

1014

Powered by CamScanner

3

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031447053

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VTA42G	HONDA	XR 150L E3	2025

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
KD07E-3097523	N	9FMKD0796SE002353

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMKD0796SE002353	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CASTRO RUBIANO LUISA FERNANDA	C.C. 1075296008

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

******

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

88202400002158 5

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA

27/03/2024

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT0700309008S

Powered by CamScanner

RUNT

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:	VTA42G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031447053	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	XR 150L E3
MODELO:	2025	COLOR:	NEGRO ROJO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	KD07E-3097523
NÚMERO DE CHASIS:	9FMKD0796SE002353	NÚMERO DE VIN:	9FMKD0796SE002353
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	27/03/2024
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8121668700	21/03/2024	22/03/2024	21/03/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63679 fechada el dia 24.09.12 cuyo paciente es SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

HISTORIA No. 1076505982

GLOSA No: ZGL-1-48584 **SINIESTRO:** 63679

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310298

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	690900.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	690900.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA CEFALEA 8/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CRANEO REALIZADO para obtener imágenes detalladas de la cabeza, ya que ayuda a la evaluación de traumatismos craneales: Ayuda a detectar sangrado dentro del cerebro, como hemorragias o aneurismas, investigación de causas de dolores de cabeza: Puede proporcionar información sobre posibles causas de cefaleas, evaluación de pérdida de función sensorial o motora. YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA, HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	758200.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63679 fechada el dia 24.09.12 cuyo paciente es SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

HISTORIA No. 1076505982

GLOSA No: ZGL-1-48584 **SINIESTRO:** 63679

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	690900.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	690900.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA CEFALEA 8/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CRANEO REALIZADO para obtener imágenes detalladas de la cabeza, ya que ayuda a la evaluación de traumatismos craneales: Ayuda a detectar sangrado dentro del cerebro, como hemorragias o aneurismas, investigación de causas de dolores de cabeza: Puede proporcionar información sobre posibles causas de cefaleas, evaluación de pérdida de función sensorial o motora. YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA, HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	758200.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	758200.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA CON DOLOR A LA PALPACION EN MACIZO FACIAL. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CARA REALIZADO YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA, HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR MUY UTILES PARA LAS LESIONES OSEAS, HEMORRAGIAS, TUMORES ENTRE OTROS ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 3: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

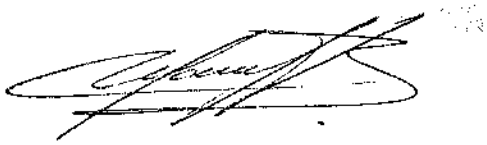
JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	HOJA DE SUMINISTRO Y APLICACION DE MEDICAMENTOS - SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTIENETES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. POR OTRO LADO EL CLORURO DE SODIO ES UTILIZADO PARA LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS, Y PARA CURACION DE LAS HERIDAS, SE ANEXA NUEVAMENTE HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS Y SALA DE CURACION, POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,199,800.00
VALOR GLOSADO :	1453992.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1453992.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 21 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305074	**No.**	197684	**Siniestro**	90750414	**No. Factura**	FEC163679		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	25/06/2024	**Fecha aviso**	03/07/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	812166870	**Vigencia**	22/03/2024	**hast**	21/03/2025
Id tomador	1075296008	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1076505982	**Nombre**	DANIEL FELIPE SOLORZANO PERALTA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38925	SALA DE OBSERVACION		100%	116,700	0	116,700
2	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	139,400	0	139,400
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	180,800	0	180,800
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	NO SE RECONOCE 21701 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	690,900	690,900	0
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	NO SE RECONOCE 21706 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER EVALUADAS CON RX.	100%	758,200	758,200	0
1	19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS			16,000	0	16,000
1	77701	MEDICAMENTOS	EE.NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN $4892, , , ,	100%	54,400	4,892	49,508

1001	Cobrado	2,199,800
1002	Obj. Parcial	1,453,992
1003	Liquidado	745,808

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 181908

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181908 **Fecha** 2024/06/24

Nombre Paciente: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE - 1076505982 **Edad:** 16 **Sexo:** M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
6. S014-HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGION TEMPOROMANDIBULAR

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
6. S014-HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGION TEMPOROMANDIBULAR

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	CLO	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONESSE OBSERVAHERIDA EN POMULO DERECHO SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA,DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION,+MICROPORE SIN COMPLICACION ALGUNA.

carmen

QUIEN REALIZA

Javier Solorzano

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,26-Jul-2024 15:05:4

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS		EVENTO		MOTIVO 01	URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	EDAD	ANEXO2:	Fecha Ingreso: 2024.06.2 21:03
001 0 SOAT 50% DESC		OTRO REGIMEN	16 Años		Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL		1 NIVEL I	NEIVA	CLL 71 # 5 - 64	3186880079

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.24	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.06.24	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.06.24	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.06.24	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.06.24	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00

PACIENTE: 1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE **EDAD:** 16

DIRECCION: CLL 71 # 5 - 64 **TELEFONO:** 3186880079

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63846 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.24 **Nº POLIZA:** 8121668700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	lunes, 24 de junio de 2024					
21:04:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	NRI	
21:04:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		NOCHE	NRI	
21:04:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	5.00		NOCHE	NRI	
21:04:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	NRI	
21:04:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
21:40:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
21:40:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
21:40:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
21:40:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	NRI	
21:40:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 18.00

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:22:20 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. FEC163679

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
57676c2b951ed9c0a4774a4b0690ab3fb76595bea6d45b90ac3571b14d5e8d85d8ad730fc8fecef2736a12cf98c28e72

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2199800

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-12 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
2e9246280ecafc40b83f67d0fb178ce99676724fae88e20f77166cdda80991b7844501285220d8b36031f4c0164c9681

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-12 11:52:07.000 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. FEC163679

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
57676c2b951ed9c0a4774a4b0690ab3fb76595bea6d45b90ac3571b14d5e8d85d8ad730fc8fecef2736a12cf98c28e72

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
a9f53bac4f08605fe25565daf66adae27b0d907a1bb1b6a76be4f2cd2e62167835c0058ff382f68bb4f579765c57c777

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-12 02:41:47.000 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:
a2742ca0a48de96629d8083394e1dfc0fec97ef5c01aa40cbf691a69efc06fdf52cbfff860ef0e590569b45b70b661c9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:00:49.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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. FEC163679

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
57676c2b951ed9c0a4774a4b0690ab3fb76595bea6d45b90ac3571b14d5e8d85d8ad730fc8fecef2736a12cf98c28e72

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
6bbeaf68ff711a3a457a277ae18a92844a9bf3596f49b606f1777fc6a3c393c505eab90eec16294c09207775daec53d2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:00:59.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.09.12	11:52:13	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63680

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 181913
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | | 2024.06.24 - 21:03 | 2024.06.24 - 23:59

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 71 # 5 - 64 NEIVA TELEFONO: 3186880079

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)	24-Jun-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jun-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	24-Jun-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	24-Jun-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	24-Jun-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	24-Jun-2024	39005	3	07	50.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	185,700	185,700
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jun-2024	39105	3		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	109,400	109,400
39118	GRUPO 07	24-Jun-2024	39118	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	48,900	48,900
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								3	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 6.5 MEDISPO								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
890701	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774-02	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.24	890202				RGM		1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.24	890202				JHT		1	61,200	61,200

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 CA... ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 202...12...7 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-000...5595 Has...C1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 472184ca04060e1adb0aed88af3b06281bc7e913954a501dd59a1dcd707a476a8376aee87d302d207a87b3ee55108ae1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.389.491 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit: 900.390.126 - 6

Recibido!
27 de Septiembre del 2024
20305076

21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2016

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.12	11:52:13	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63680

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 181913
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.06.24 - 21:03 2024.06.24 - 23:59

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 71 # 5 - 64 NEIVA TELEFONO: 3186880079
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)	24-Jun-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jun-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	24-Jun-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	24-Jun-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	24-Jun-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ Unic Vla,=Ciruj										
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	24-Jun-2024	39005	3	07	50.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	185,700	185,700
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jun-2024	39105	3		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	109,400	109,400
39118	GRUPO 07	24-Jun-2024	39118	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	48,900	48,900
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								3	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
908608	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
068100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								1	0	0
908608	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-05	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
890701	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
19967766-01	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774-02	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.24	890202				RGM		1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.24	890202				JHT		1	61,200	61,200

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 472184ca04060e1adb0aed88af3b06281bc7e913954a501dd59a1dcd707a476a8376aec87c202b207a87b3ee55108ae1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.12	11:52:13	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63680

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	2,441,900	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,441,900

SON:DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.12 11:52:41 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 472184ca04060e1adb0aed88af3b06281bc7e913954a501dd59a1dcd707a476a8376aee87c202b207a87b3ee55108ac1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

20

FACTURA:	63680
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 347,000
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,094,900
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

EAUT

Usuario: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG):

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63680

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
SOLORZANO	PERALTA

1er.Nombre	2do.Nombre
DANIEL	FELIPE

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC TI [X] AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1076505982

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 13/05/2008 Sexo: F [X] M O

Direccion: CLL 71 # 5 - 64

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3186880079

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: VEREDA EL GUADUAL

Fecha Evento/Accidente: 24/06/2024 Hora: 19:56

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Zona: U [ ] R [X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA VTA42G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propl Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: HONDA Placa: VTA42G

Tipo de Vehiculo:	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: ATI501

Poliza SOAT No 8121668700

Vigencia de la Poliza: Desde: 22/03/2024 Hasta: 21/03/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

2A

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CASTRO	RUBIANO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
LUISA	FERNANDA

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1075296008

Direccion: CLL 71 # 5 64

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3186880079 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
SOLORZANO	PERALTA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DANIEL	FELIPE

Tipo de Documento: CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [X] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1076505982

Direccion: CLL 71 # 5 64

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3186880079

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:** **Placa Ambulancia:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar 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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 24/06/2024 a las 21:03

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Fecha de Egreso: 24/06/2024 a las 23:59

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
SALGADO	
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
HORACIO	ORDOÑEZ

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1075271438

N·mero de Registro de Medico 1075271438

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2441900	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.24 — HORA DE INGRESO: 21:03
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.06.24 — HORA DE EGRESO: 23:59
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.24-21:39:29 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA VTA42G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 21+02 HORAS
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO MULTIPLES TRAUMATISMOS, MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 105/75 FC: 75 FR: 19 TEMP: 36.2 TALLA: 170 PESO: 75 IMC: 26 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PRESENTA DOLOR A PALPACION EN MACIZO FACIAL, CON DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, SIN MASAS, SIN DOLOR, SIN LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD
<<TORAX>>
SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOROSO A PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y RODILLA DERECHA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, REFIERE CEFALEA INTENSA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR.
<<PIEL>>
PRESENTA HERIDA LINEAL DE 3CM CON BORDES MACERADOS, CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE EN POMULO DERECHO; ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO A NIVEL DE HEMICARA DERECHA.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA VIGILANCIA, MANEJO MEDICO Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE INDICA TOMAR PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION, SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA.

PLAN
- OBSERVACION
- LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR A 40 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.06.24-21:46:13 MEDICO: / (AUXIL. CLO - CARMEN LIGIA OLAYA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 21:39 / 21:42 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: CARMEN LIGIA OLAYA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONESSE OBSERVAHERIDA EN POMULO DERECHO SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION,+MICROPORE SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 24.06.24-22:52:33 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:

TAC CEREBRAL SIMPLE:SIN LESIONES HEMORRAGICAS APARENTES, VENTRICULOS Y CISTERNAS DE LA BASE LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, SIN DESVIACIONES, NO TRAZOS DE FRACTURA

TAC DE CARA: NO SE EVIDENCIAN NI APRECIAN FRACTURAS DE HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ NI DE LA CARA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

*** FECHA: 24.06.24-22:54:06 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REPORTAN PARACLINICOS:

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 6890, NEU: 56.9, LIN: 32.6, HGB: 15.2, HCTO: 43.6, PLAQ: 191000

TP: 12.8, TTP: 28, INR: 1.07

HEMOGRAMA Y TIEMPOS DE COAGULACION EN LA NORMALIDAD

*** FECHA: 24.06.24-22:56:10 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.24-22:56:03 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.24-22:59:44 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: INTERCON

** VALORACION,PLAN INTERCONSULTAS:
--->><<2024.06.24-23:01:56>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) / ADMIS: 181908
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN VIA PUBLICA SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDA CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA, RELATA ASTIGMATISMO
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGION MALAR DERECHA, DE 3X3 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION MALAR A DERECHA DE APROX 3 CM IRREGULAR, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, PERDIDA DE TEJIDO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.
CD A CIRUGIA

*** FECHA: 24.06.24-23:11:17 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI	1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64	
FCHA.NACTO:	2008.05.13		EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL: 3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	0A			

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS CARA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS CARA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 85 FR: 18 TEMP: 36.6 TALLA: 165 PESO: 65 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGION MALAR DERECHA, DE 3X3 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION MALAR A DERECHA DE APROX 3 CM IRREGULAR, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, PERDIDA DE TEJIDO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

** EVOLUCION:
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN VIA PUBLICA SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDA CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA, RELATA ASTIGMATISMO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX
** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.24-23:25:09 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.06.24-23:15:47 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS CARA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS CARA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI	1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64	
FCHA.NACTO:	2008.05.13		EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL: 3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE		RH:	0A			

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 FC: 85 FR: 18 TEMP: 36.6 TALLA: 165 PESO: 65 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGION MALAR DERECHA, DE 3X3 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION MALAR A DERECHA DE APROX 3 CM IRREGULAR, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, PERDIDA DE TEJIDO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

** EVOLUCION:
A CX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX

*** FECHA: 24.06.24-23:18:55 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: ARLEX MOSQUERA
MEDICO AYUDANTE: KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 23:25 / 23:55 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF

No. DESCRIPCION: 18594
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE EN REGION MALAR DERECHA DE 3X3CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION MALAR A DERECHA DE APROX 3CM IRERGULAR , SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS LANDOS, PROFUNDOS HASTA TCSC, PERDIDA DE TEJIDO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS:
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%: LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS
- POR VIA 1: DERMOABRASION MECANICA CON BISTURI SIN COMPLICACIONES HEMOSTASIA COMPRESIVA DE REGION DESCRITA ARRIBA EN CARA, CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
- POR VIA 2: TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA, 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 5.0, VITAL.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- SIN COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.24-23:20:24 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
BUENA EVOLUCION DEL PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES TODO EXPLICADO AL PACIENTE QUE ENTIENDE Y ACEPTA, SE DA FORMULA MEDICA CONTROL Y ORIENTACIONES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS
ACETAMINOFEN 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS
IBUPROFENO 400 MG .....# 15 COMP
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

NO ASOLEARSE
TOMAR MEDICACION
CURACION CADA 8 HORAS CON MERCURIOCROMO POR 10 DIAS Y DESPUES APLICAR ACEITE DE GIRASOL HASTA CAER LAS COSTRAS SOLAS
RETIRO DE PUNTOS EN 9 DIAS SI ESTA EN CONDICIONES.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTICO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64826

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1076505982	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 71 # 5 - 64		
FCHA.NACTO:	2008.05.13	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186880079
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	0A				

CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.24-23:59:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CUATRO (4) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

DR@. RACHID GORRON MALOOF
REG. MED: 0145/00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18594

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181913 Fecha 24/06/24

Nombre Paciente: SOŁORZANO PERALTA DANIEL FELIPE 1076505982 Edad: 16 Sexo: M

Hora inicio 23:25 Hora fin: 23:55 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: BLOQUEO

Cirujano: RGM- RACHID GORRON MALOOF Ayudante: KSC- KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM

Anestesi¾logoMAM- ARLEX MOSQUERA InstrumentacionPAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	RGM	1 - 1i Interv 100%
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 EN REGION MALAR DERECHA DE 3X3CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION MALAR A DERECHA DE APROX 3CM IRERGULAR , SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS LANDOS, PROFUNDOS HASTA TCSC, PERDIDA DE TEJIDO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS:
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%: LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS
- POR VIA 1: DERMOABRASION MECANICA CON BISTURI SIN COMPLICACIONES HEMOSTASIA COMPRESIVA DE REGION DESCRITA ARRIBA EN CARA, CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
- POR VIA 2: TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA, 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 5.0, VITAL.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- SIN COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
RCM, #145-00

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076505982

ADMISION N_: 181913

NOMBRE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE **Num. Id-:** TI 1076505982
FECHA NACIMIENTO: 2008.05.13 **EDAD:** 16 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.06.24 **HORA DE INGRESO:** 23:11:17 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.24 23:11
DIRECCION: CLL 71 # 5 - 64 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3186880079
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.06.24

<< REGISTRO: 23:11:17 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 07 / DETECCION DE ALTERAC DEL
TIPO DE CONSULTA: CIE VLORACION X ESPCIALISTA (INTR) **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA
HERIDAS CARA

REVISION POR SISTEMA
HERIDAS CARA

ANTECEDENTES
--><<2021.08.13-23:18:05>>, (DR(A). DQA - DIEGO QUIÑONES ALARCON - C.C. 1075275441 - REG. MEDICO: 1075275441 - MEDICINA GENERAL) H.U. 118602
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.06.24-21:39:29>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL) H.U. 181908
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.06.24-23:11:17>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 181913
NIEGA EXCEPTO ASTIGMATISMO

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES TA: 120/80 **FC:** 85 **FR:** 18 **Tmp:** 36.6 **PESO:** 65 **TALLA:** 165

EXAMEN FISICO
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGION MALAR DERECHA, DE 3X3 CM APROX, HERIDA CON PERDIDA DE TEJIDO, EN REGION MALAR A DERECHA DE APROX 3 CM IRREGULAR, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, PERDIDA DE TEJIDO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

EVOLUCION
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN VIA PUBLICA SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDA CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA, RELATA ASTIGMATISMO

ANALISIS/PLAN

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076505982

ADMISION N_: 181913

NOMBRE: SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE **Num. Id-:** TI 1076505982

FECHA NACIMIENTO: 2008.05.13 **EDAD:** 16 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2024.06.24 **HORA DE INGRESO:** 23:11:17 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.24 23:11

DIRECCION: CLL 71 # 5 - 64 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3186880079

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.24-23:25:09 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: 2024.06.24 **HORA DE EGRESO:** 23:25:09 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

Dr. RACHID GORRON MALOOF
Registro Medico: 0145/00

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

8

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE Dawid felipe Solorzano EDAD 16 SEXO: F ☐ M ☑

IDENTIFICACION: C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☒ OTROS ☐ No. 1076505992 DE

FECHA DE ATENCION: 24/6/24

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA

CIRUGIA A REALIZAR: Sutura herida en cara

ANTECEDENTES: QX: ☐ PX: ☐ T-A: ☐ TX: ☐ AN: ☐

ESPECIFIQUE (—)

LABORATORIOS: FECHA: Hto Hgbn PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA PdeO EKG

Rx DE TORAX

OTROS Clase pnl 1

EXAMEN FISICO: T/A: 120/70 Fc 70 Fr 18 PESO ☐ KG TALLA ☐ CM

SENSORIO Nml COMPLEXION nml PROTESIS N LENTES N

APERTURA ORAL >3 DISTANCIA MENTOGLOTICA >6 MALLAMPAT II

NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
CABEZA/CUELLO:			
TORAX: RsCS			
RsRS			
ABDOMEN:			
PELVIS:			
GENITALES:			
EXTREMIDADES:			
NEUROLOGICO:			

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: I CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. Bajo INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES:

OTROS LABORATORIOS:

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO

R.M.

PACIENTE

C.C.

8

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Solorzano	Peralta	Dany Felipe	1076557822

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
14 6 2024	11	H [X] M [ ]	170	65	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
C K			No

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R	F.C.	H.A	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.
	18	80	120/80																	

DIAGNOSTICO: Trauma craneo encefalico

OPERACION PROPUESTA Craneotomia descompresiva

HISTORIA Y ANTECEDENTES: ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO — IOT SI NO — VIA AEREA Nasotraqueal — DIENTES Ausentes — CUELLO Distancia menor

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL
	NECESITA SANGRE

RESUMEN Y PLAN: ASA I Cx Rep Bajo Riesgo Paciente

ESTADO PSICOLOGO: Tranquilo

PREMEDICACION

C.C.

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: C

REPARACION: E A C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA Negativa

REFLEJOS nos

MOTILIDAD Conservada

RECUPERACION

CONCIENCIA

DIURESIS

SENSIBILIDAD

PIEL

HORA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13:55												

COMENTARIOS: Uso bajo anestesia de Bloqueo con 5.U de tabla, con LUP.

TOTALES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

HORA SALIDA Y MOTIVO

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION:

O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO Trauma Tmp

DIAG POSTOPERATORIO Lue

OPERACION Sutura herida

ANESTESIOLOGOS Joaquin CIRUJANOS Gomez

TIEMPO DE AYUNO LIQUIDO SOLIDO

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO Cx GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION

CCSC E

CSA A

CCC

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

I OT No
I NT No
E OT No
E NT No

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM ♂ ♀

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1 2 3 4
5 6 7 8
9 10 11 12
13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO Despierto/alerta

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO Despierto/alerta

OBSERVACIONES:

No complicaciones

Mónica

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,26-Jul-2024 15:10:2

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:** 2024.06.2 21:03
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 16 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1076505982 SOLORZANO PERALTA DANIEL 1 NIVEL I NEIVA CLL 71 # 5 - 64 3186880079

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.24	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	LYC	10.00
2024.06.24	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LYC	1.00
2024.06.24	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	2.00
2024.06.24	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.06.24	CLI	F243630	MERCURIO CROMO X 60 ML SPRAY	LYC	1.00
2024.06.24	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	LYC	1.00
2024.06.24	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	100.00
2024.06.24	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	100.00
2024.06.24	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	1.00
2024.06.24	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	1.00
2024.06.24	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	1.00
2024.06.24	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	3.00
2024.06.24	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.06.24	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	1.00
2024.06.24	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 ;0	LYC	1.00
2024.06.24	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	1.00
2024.06.24	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.06.24	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	1.00

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.076.505.982**

SOLORZANO PERALTA

APELLIDOS

DANIEL FELIPE

NOMBRES

daniel Felipe Solorzano

FIRMA

Powered by CamScanner

1050



FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-2008**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

13-MAY-2026 A+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

08-JUL-2016 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

P-1900100-00871055-M-1076505982-20161213 0052588846A 2 6674003309

Powered by CamScanner 4

1051

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 1003144705 3

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VTA42G	HONDA	XR 150L E3	2025

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
KD07E-3097523	N	9FMKD0796SE002353

NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMKD0796SE002353	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

CASTRO RUBIANO LUISA FERNANDA

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1075296008

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

******

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

88202400000021585

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA

27/03/2024

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

[illegible] 13

[illegible] FECHA [illegible]

1 14/03/2024 0

[illegible] FECHA [illegible]

******

LT0700309008S

Powered by CamScanner

RUNT

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:	**VTA42G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10031447053**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**HONDA**	LÍNEA:	**XR 150L E3**
MODELO:	**2025**	COLOR:	**NEGRO ROJO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**KD07E-3097523**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FMKD0796SE002353**	NÚMERO DE VIN:	**9FMKD0796SE002353**
CILINDRAJE:	**149**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**27/03/2024**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8121668700	21/03/2024	22/03/2024	21/03/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63680 fechada el dia 24.09.12 cuyo paciente es SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

HISTORIA No. 1076505982

GLOSA No: ZGL-1-48598 **SINIESTRO:** 63680

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 61200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 61200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 61200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 61200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Recibido!
28 de Octubre del 2024
20310299
equidad seguros

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63680 fechada el dia 24.09.12 cuyo paciente es SOLORZANO PERALTA DANIEL FELIPE

HISTORIA No. 1076505982

SINIESTRO: 63680

GLOSA No: ZGL-1-48598

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA

VALOR OBJETADO: 61200.00

DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA

VALOR OBJETADO: 61200.00

DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA

VALOR OBJETADO: 61200.00

DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA

VALOR OBJETADO: 61200.00

DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-39106- SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	254600.00	

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	254600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS ORTOPEDICOS Y MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA DERMOABRACION CARA CODIGO 15282, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE EN REGION MALAR DERECHA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRACION CARA (15282) PARA REMOVER TATUAJE DE PAVIMENTO EN EL AREA DESCRITA, SE REQUIERE LA DERMOABRACION DADO QUE SI NO SE REALIZA ESTA SE CORRE RIESGO DE QUE ESTA SE INFECTE AL IGUAL QUE DEJE CICATRICES CATASTROFICAS. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-39119- GRUPO 08

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	113000.00	

JUSTIFICACION:
104
HONORARIOS OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	113000.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS ORTOPEDICOS Y MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA DERMOABRACION CARA CODIGO 15282, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE EN REGION MALAR DERECHA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRACION CARA (15282) PARA REMOVER TATUAJE DE PAVIMENTO EN EL AREA DESCRITA, SE REQUIERE LA DERMOABRACION DADO QUE SI NO SE REALIZA ESTA SE CORRE RIESGO DE QUE ESTA SE INFECTE AL IGUAL QUE DEJE CICATRICES CATASTROFICAS. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- **ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:** **VALOR ACEPTADO:**

JUSTIFICACION:
LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-39303- GRUPOS 07 08 09

- **ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 409500.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- **ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 409500.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS ORTOPEDICOS Y MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA DERMOABRACION CARA CODIGO 15282, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE EN REGION MALAR DERECHA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRACION CARA (15282) PARA REMOVER TATUAJE DE PAVIMENTO EN EL AREA DESCRITA, SE REQUIERE LA DERMOABRACION DADO QUE SI NO SE REALIZA ESTA SE CORRE RIESGO DE QUE ESTA SE INFECTE AL IGUAL QUE DEJE CICATRICES CATASTROFICAS. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 6: SO1-15282- DERMOABRACION CARA (PARCIAL)

- **ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 431100.00

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- **ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 431100.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS ORTOPEDICOS Y MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA DERMOABRACION CARA CODIGO 15282, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE EN REGION MALAR DERECHA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRACION CARA (15282) PARA REMOVER TATUAJE DE PAVIMENTO EN EL AREA DESCRITA, SE REQUIERE LA DERMOABRACION

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:	VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:
DADO QUE SI NO SE REALIZA ESTA SE CORRE RIESGO DE QUE ESTA SE INFECTE AL IGUAL QUE DEJE CICATRICES CATASTROFICAS. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 7: SO1-39210- GRUPO 08

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	764300.00	

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	764300.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS ORTOPEDICOS Y MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA DERMOABRACION CARA CODIGO 15282, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE EN REGION MALAR DERECHA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRACION CARA (15282) PARA REMOVER TATUAJE DE PAVIMENTO EN EL AREA DESCRITA, SE REQUIERE LA DERMOABRACION DADO QUE SI NO SE REALIZA ESTA SE CORRE RIESGO DE QUE ESTA SE INFECTE AL IGUAL QUE DEJE CICATRICES CATASTROFICAS. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,441,900.00
VALOR GLOSADO :	2094900.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	2094900.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 2 1 OCT 2021 1059

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305076	**No.**	197684	**Siniestro**	90750414	**No. Factura**	FEC163680		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	25/06/2024	**Fecha aviso**	03/07/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	812166870	**Vigencia**	22/03/2024	**hast**	21/03/2025
Id tomador	1075296008	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1076505982	**Nombre**	DANIEL FELIPE SOLORZANO PERALTA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S400					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15282	DERMOABRACIÓN CARA (PARCIAL)	NO SE RECONOCE UN 15282 COBRO NO JUSTIFICADO SE TRATA DE PREPARACIÓN DE TEJIDOS PARA REALIZAR COLGAJO.	100%	431,100	431,100	0
1	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08	NO SE RECONOCE UN 15282 COBRO NO JUSTIFICADO SE TRATA DE PREPARACIÓN DE TEJIDOS PARA REALIZAR COLGAJO.	100%	254,600	254,600	0
1	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08	NO SE RECONOCE UN 15282 COBRO NO JUSTIFICADO SE TRATA DE PREPARACIÓN DE TEJIDOS PARA REALIZAR COLGAJO.	100%	113,000	113,000	0
1	39210	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 08	NO SE RECONOCE UN 15282 COBRO NO JUSTIFICADO SE TRATA DE PREPARACIÓN DE TEJIDOS PARA REALIZAR COLGAJO.	100%	764,300	764,300	0
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09	NO SE RECONOCE UN 15282 COBRO NO JUSTIFICADO SE TRATA DE PREPARACIÓN DE TEJIDOS PARA REALIZAR COLGAJO.	100%	409,500	409,500	0
1	15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL		100%	185,700	0	185,700
1	39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 07		100%	109,400	0	109,400
1	39118	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 07		100%	48,900	0	48,900
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39139 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	61,200	61,200	0
1	77702	INSUMOS			3,000	0	3,000

1001	Cobrado	2,441,900
1002	Obj. Parcial	2,094,900
1003	Liquidado	347,000

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:22:41 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. FEC163680

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
472184ca04060e1adb0aed88af3b06281bc7e913954a501dd59a1dcd707a476a8376aee87c202b207a87b3ee55108ae1

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2441900

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-12 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
03b212990b5ef32bd0a62b755a211ec7f2e39ba5ab34828e9beca5425374e262d1567be33793d72baa80d1fe82ef1c9f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-12 11:52:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163680

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
472184ca04060e1adb0aed88af3b06281bc7e913954a501dd59a1dcd707a476a8376aee87c202b207a87b3ee55108ae1

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
6ca59bd9433040996a7fe4115ca0b6e68ba08c2b295e661e0728a7cd9de3b3dda41db77801368fb453d65cc8dfea9013

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-12 02:41:49.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
ed81856e2a0405247e98310a103c87254e49cc14e11eb87faae9c6efe697335ce2df64b49d2d2f9aafcf813da08d6fa0

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:00:28.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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. FEC163680

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
472184ca04060e1adb0aed88af3b06281bc7e913954a501dd59a1dcd707a476a8376aee87c202b207a87b3ee55108ae1

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
3428fa20406f101218b47ea2e0c6b1cc1018e7c85d9697603a5ad80eff6108ffbd5b5b62b77e8281ef7bb0795b620248

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 07:00:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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: 2/7/2025 -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 ,2024.09.12	16:43:44	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63700

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 181445,181448,182164

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.06.14 - 15:22	2024.06.28 - 10:21

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1075265738 ROJAS RAMIREZ HERNANDO EDAD : 31 Años

DIRECCION: CARRERA 29 N 22 07 NEIVA TELEFONO: 3202408481

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	14-Jun-2024	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	886,700	886,700
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	14-Jun-2024	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	525,200	525,200
39124	GRUPO 13	14-Jun-2024	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	254,600	254,600
39215	GRUPO 13	14-Jun-2024	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,368,700	1,368,700
39304	GRUPOS 10 11 12 13	14-Jun-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	14-Jun-2024	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	215,600	215,600
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	14-Jun-2024	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	127,300	127,300
39119	GRUPO 08	14-Jun-2024	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	56,500	56,500
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13500	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE TIBIA O PERONE	14-Jun-2024	39007	7	09	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	263,300	263,300
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	14-Jun-2024	39107	7	09	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	150,600	150,600
39120	GRUPO 09	14-Jun-2024	39120	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	72,000	72,000
39211	GRUPO 09	14-Jun-2024	39211	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	435,600	435,600
39303	GRUPOS 07 08 09	14-Jun-2024	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	346,900	693,800
	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								6	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								20	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	78,130	78,130
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								5	200	1,000
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								3	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								3	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								3	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE C... 774 667 CODIGO ... NIT. 800.110.181-9
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 D... Fecha: 20... 12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-000... 5595 Has... 1-00080000 AUTORIZA

Recibido!
27 de Septiembre del 2024
20305081

Cufe: 1259b0e4beeee226c4078852eaf6188287473d831be335fee686fe1029cb6ce7d569... 632ef91372107047db

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 ,2024.09.12	16:43:44	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63700

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 181445,181446,182164
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.06.14 - 15:22 | 2024.06.28 - 10:21

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075265738 ROJAS RAMIREZ HERNANDO EDAD : 31 Años
DIRECCION: CARRERA 29 N 22 07 NEIVA TELEFONO: 3202408481
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	14-Jun-2024	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	886,700	886,700
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	14-Jun-2024	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	525,200	525,200
39124	GRUPO 13	14-Jun-2024	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	264,600	264,600
39215	GRUPO 13	14-Jun-2024	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,368,700	1,368,700
39304	GRUPOS 10 11 12 13	14-Jun-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	14-Jun-2024	39008	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	215,600	215,600
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	14-Jun-2024	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	127,300	127,300
39119	GRUPO 08	14-Jun-2024	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	56,500	56,500
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13500	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE TIBIA O PERONE	14-Jun-2024	39007	7	09	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	263,300	263,300
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	14-Jun-2024	39107	7	09	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	150,600	150,600
39120	GRUPO 09	14-Jun-2024	39120	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	72,000	72,000
39211	GRUPO 09	14-Jun-2024	39211	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	435,600	435,600
39303	GRUPOS 07 08 09	14-Jun-2024	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	346,900	693,800
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								6	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								20	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	78,130	78,130
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								5	200	1,000
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								3	0	0
900606	GUANTE ESTERIL # 6,5 MEDISPO								3	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								3	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								3	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 1259b0e4bceee226c4078852caf6188287473d831be335fee686fe1029cb6ce7d5691cd12f3cef632ef91372107047db

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 ,2024.09.12	16:43:44	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63700

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								10	500	5,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								6	600	3,600
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								4	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,568
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								1	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								16	3,758	60,128
20087651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								5	2,500	12,500
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								4	3,387	13,548
19933606-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								610	0	0
19960774-01	BUPIROP 0,5% COMPUESTO AMP								1	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								10	0	0
19960774-02	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								45	0	0
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								10	11,300	113,000
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19907582-23	METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML								1	1,500	1,500
19975402-01	SEVORANE 250 ML								30	0	0
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.06.14	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.14	902208						1	34,300	34,300
19749	NITROGENO UREICO	2024.06.14	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.14	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.14	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.14	890202		FGR				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.14	890202		JHT				1	61,200	61,200
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.28	S22101		ADM				1	29,300	29,300

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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 1259b0e4beeee226c4078852eaf6188287473d833be335fee686fe1029cb6ce7d5694ed12f3cef632ef91372107047db

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

4A

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.12	16:43:44	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63700

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	6,733,474	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	6,733,474

SON: SEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.12 04:44:26 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 1259b0c4beeee226c4078852caf6108287473d831be335fee686fe1029cb6ce7d5694ed12f3ccf632ef91372107047db

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:	63700
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 6,153,382
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 580,092
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EVT

Usuario PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado

RG [ ]

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 63700

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
ROJAS	RAMIREZ

1er.Nombre	2do.Nombre
HERNANDO	

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] CN[ ] PA[ ] RC[ ] TI[ ] AS[ ] MS[ ] PT[ ] PE[ ] SC[ ] CD[ ] DE[ ] **No. Documento:** 1075265738

De: 41551 **Fecha de Nacimiento:** 17/10/1992 **Sexo:** F[ ] M[X] O[ ]

Direccion: CARRERA 29 N 22 07

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3202408481

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** [ ]	
	Rayo [ ]	**Vendaval** [ ]	**Tornado** [ ]		
Terroristas:	**Explosi¾n** [ ]	**Masacre** [ ]	**Mina Antipersonal** [ ]	**Combate** [ ]	
	Incendio [ ]				
	Otros [ ] **Cual?**	**Ataques a Municipios**	**Desplazados**		

Direccion de la Ocurrencia: CALLE 100 CON CARRERA 10

Fecha Evento/Accidente: 14/06/2024 **Hora:** 15:00

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Zona:** U[ ] R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KVY29F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN PERRO 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.** [ ] **Poliza falsa** [ ] **Vehiculo en Fuga** [ ] **Aseg. D.2497** [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] **No Aseg. Sin PLaca** [ ] **Marca:** SUZUKI **Placa:** KVY29F

Tipo de Vehiculo:										
	Automovil [ ]	**Bus** [ ]	**Buseta** [ ]	**Camion** [ ]	**Camioneta** [ ]
	Campero [ ]	**Microbus** [ ]	**Tractocamion** [ ]	**Motocicleta** [X]	**Motocarro** [ ]
	Mototriciclo [ ]	**Cuatrimoto** [ ]	**Moto extranjera** [ ]	**Vehic. Extranjero** [ ]	**Volqueta** [ ]

Codigo Aseguradora: AT150I **intervencion de la Auto.** **Si** [ ] **No** [X]

Poliza SOAT No 8116819900 **Cobro excedente Poliza** **Si** [ ] **No** [X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 18/08/2023 **Hasta:** 17/08/2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
RAMIREZ	GAVIRIA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ARACELLY	

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] — **No. Documento** 26630314

Direccion: CARRERA 29 N 22 07
Departamento: HUILA **Cod.** 41
Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3202408481 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
ROJAS	RAMIREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
HERNANDO	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] — **No. Documento** 1075265738

Direccion: CARRERA 29 N 22 07
Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3202408481
Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [ ] **Orden servicio** [ ]
Fecha de Remision: / / a las
Prestador que remite: **Codigo de inscripcion:**
Direccion: **Telefono:**
Profesional que Remite: **Cargo:**
Fecha de Aceptacion: / / a las
Prestador que recibe: **Codigo de inscripcion:**
Direccion: **Telefono:**
Profesional que recibe: **Cargo:** **Placa Ambulancia:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 14/06/2024 a las 15:22
Diagnostico presuntivo de Ingreso
Diagnostico definitivo de Ingreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO
Diagnostico relacionado de Ingreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Fecha de Egreso: 28/06/2024 a las 10:21
Diagnostico presuntivo de Egreso
Diagnostico definitivo de Egreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO
Diagnostico relacionado de Egreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
SERGIO	ANDRES
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
PERDOMO	VARGAS

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] — **No. Documento** 1075287614

N·mero de Registro de Medico 1075287614

A2

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008 1070

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	6733474	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+	TEL:	3202408481

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.14 — HORA DE INGRESO: 15:22
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.06.28 — HORA DE EGRESO: 10:21
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S817 - HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA
CONFIRMADO: S817 - HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.14-15:53:14 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KVY29F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN PERRO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 15+20
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE 14/06/2024, 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

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/67 FC: 76 FR: 20 TEMP: 36.4 TALLA: 162 PESO: 55 IMC: 21 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. NO DOLOR EN MACIZO FACIAL, NO DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO PRESENTA DISNEA SUBJETIVA, NO DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, NO ALTERACION DE MECANICA RESPIRATORIA.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

A2

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS. MIEMBRO INFERIOR DERECHO: DOLOR A LA PALPACION EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, NO CEFALEA, NO PERDIDA DE LA CONSCIENCIA
<<PIEL>>
HERIDA COMPLEJA SUCIA Y CONTAMINADA DE BORDES IRREGULARES Y MACERADOS DE 10 CM DE LONGITUD EN PIERNA DERECHA CON EXPOSICION OSEA Y CON IMPRESION DE TRAZO DE FRACTURA EN TIBIA
<<FANERAS>>
NORMAL, SIN LESIONES

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. SE TOMAN PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL (ULTIMA INGESTA DE ALIMENTOS A LAS 12+00 HRS)
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

SE SOLICITA HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, TP, TTP, INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

A1

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.06.14-16:50:42 MEDICO: / (AUXIL. BRC - BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG - C.C. 1075314223 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 15:55 / 16:12 DURACION: 00:16

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA COMPLEJA EN PIERNA DERECHA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL MACERADA, BORDES INREGULARES, DE +O- 10CM DE LONGITUD CON EXPOSICION OSEA + DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 500CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 20CC + 20CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTA CON APOSITO IMPRENADO DE ISODINE SOLUCION , VENDAJE ELASTICO Y ESPARADRAPO SE TERMINA PROCEDIMIENTO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 24.06.14-17:54:56 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 24.06.14-17:55:25 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE ORTOPEDIA, MOTIVO POR EL CUAL SE DA EL EGRESO DE URGENCIAS.
TIENE PENDIENTE REPORTE DE LABORATORIOS PREQUIRURGICOS.

*** FECHA: 24.06.14-17:55:26 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.14-17:55:19 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.14-18:04:14 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 PIERNA DERECHA

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 : PIERNA DERECHA HERIDA CORTOCONTUSA DE 10 CM ENCARA ANTERIORTERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA CON ABUNDANTE TEJISO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX NORMALES

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA DE PIERNA DERECHA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.14-18:04:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.14-18:04:30 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 PIERNA DERECHA

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 : PIERNA DERECHA HERIDA CORTOCONTUSA DE 10 CM ENCARA ANTERIORTERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA CON ABUNDANTE TEJISO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA DE PIERNA DERECHA

*** FECHA: 24.06.14-18:10:52 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEU: 16.64 NEU: 84.2 % HGB: 15.0 HCT:41.6 PLQ: 223 (LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA)
PT:13.4 PTT: 35.4 INR: 1.03 (NORMAL)
CREATININA:0.8 BUN:17.0 (NORMAL)

***** FECHA: 24.06.14-18:22:08 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 18:05 / 18:35 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
DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE TIBIA O PERONE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 18515
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EXTENSION DE LA LESION PREEXISTENTE A 15CM EN CARA ANTERIOR DE TERCIO MEDIO CON PROXIMAL DE PIERNA DERECHA.

HALLAZGOS:
HERIDA CORTOCONTUSA DE +-10 CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA MAS FRACTURA ABRASIVA DE LA TIBIA NO EVIDENCIADA EN LA RADIOGRAFIA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO DEBRIDAMIENTO DE HERIDA Y CURATEJE DE LA FRACTURA ABRASIVA DE LA TIBIA 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.
ENSEGUIDA 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.

34

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

NO COMPLICACIONES.
SANGRADO 100ML

***** FECHA: 24.06.14-18:22:50 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDP A CIRUGIA PARA DESBRIDAMIENTO MAS SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 3 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 60 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.06.14-18:31:58 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
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.14-18:23:22 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. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.14-22:54:13 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE CIRUGIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
TRANQUILO.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ADULTO QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL DIA DE HOY, CON HERIDA COMPLEJA EN PIERNA DERECHA, ES VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA, SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE HOSIPTALIZA PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/67 FC: 76 FR: 20 TEMP: 36.4 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. NO DOLOR EN MACIZO FACIAL, NO DOLOR A LA APERTURA ORAL. <<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO PRESENTA DISNEA SUBJETIVA, NO DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, NO ALTE<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOROSO 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. MIEMBRO INFERIOR DERECHO: DOLOR LEVE A LA PALPACION EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, M<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, NO CEFALEA, NO PERDIDA DE LA CONSCIENCIA
<<PIEL>>
HERIDA COMPLEJA PIERNA DERECHA CON CURACION ADECUADA Y VENDAJE ACOLCHADO.
<<FANERAS>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

NORMAL, SIN LESIONES

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
HERIDA COMLPEJA EN PIERNA DERECHA

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN PIERNA DERECHA +COLGAJO MUSCULAR FASCIOCUTANEO +SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA (14/06/2024)

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN NO DOLOR AGUDO.

NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICOS CON MIEMBRO INFERIOR DERECHO: DOLOR LEVE A LA PALPACION EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA. HERIDA EN PIERNA DERECHA CON VENDAJE ACOLCHADO EIN ESTIGMAS DE SANGRADO.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15

PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, QUE SE HOSPITALIZA PARA MANEJO ANTIBIOTICO INTRAVENOSO, POR EL MOMENTO SN CAMBIOS EN SU MANEJO.

** CONDUCTA:
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.15-00:25:28 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DESCANSA EN CAMA, PREENTA MULTIPLES EPISODIOS EMETIDOS, POR LOC UAL SE INDICA APLICACION DE METOCLOPRAMIDA, EN EL MOMENTO EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, , POR EL MOMENTO SIN OTROS CAMBIOS EN SU MANEJO.

** CONDUCTA:
PLAN:
METOLOPRAMIDA AMP10 MG IV AHORA DOSIS UNICA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR IV DOSIS UNICA AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.15-06:04:39 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
HERIDA COMLPEJA EN PIERNA DERECHA

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN PIERNA DERECHA +COLGAJO MUSCULAR FASCIOCUTANEO +SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA (14/06/2024)

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN NO DOLOR AGUDO.

TA: 127/78 FC: 65 FR: 17 SATURACION DE OXIGENO: 96%
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICOS CON MIEMBRO INFERIOR DERECHO: DOLOR LEVE A LA PALPACION EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA. HERIDA EN PIERNA DERECHA CON VENDAJE ACOLCHADO EIN ESTIGMAS DE SANGRADO.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15

PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, QUE SE HOSPITALIZA PARA MANEJO ANTIBIOTICO INTRAVENOSO, POR EL MOMENTO SN CAMBIOS EN SU MANEJO.

** CONDUCTA:
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

***** FECHA: 24.06.15-10:51:54 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. HERIDA COMLPEJA EN PIERNA DERECHA
2. FRACURA ABRASIVA DE LA TIBIA DERECHA

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN PIERNA DERECHA +COLGAJO MUSCULAR FASCIOCUTANEO +SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA (14/06/2024)

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/110/80; FC/84 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.0 °C SO2: 96%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN PIERNA DERECHA, CON ESTIGMAS DE SANGRADO, NO OLOR FETIDO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS/PLAN

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUETRA ESTABLE HEMODINAMICANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO Y SE ADICIONA AMIKACINA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1GR IV CADA 124 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCION DE MEDICAMENTO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.06.15-16:34:19 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. HERIDA COMLPEJA EN PIERNA DERECHA
2. FRACURA ABRASIVA DE LA TIBIA DERECHA

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN PIERNA DERECHA +COLGAJO MUSCULAR FASCIOCUTANEO +SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA (14/06/2024)

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE RESTAR BIEN, CON MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/114/82; FC/80 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.1 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN PIERNA DERECHA, CON ESTIGMAS DE SANGRADO, NO OLOR FETIDO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, QUIEN SE ENCUETRA ESTABLE HEMODINAMICANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 24.06.15-20:41:05 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

PACIENTE EN EL MOMENTO BAJO TRATAMIENTO INSTAURADO, EN SEGUIMIENTO, PASANDO BUENA NOCHE DOLOR CONTROLADO SIGNOS ESTABLES SE CONTINUA TRATAMIENTO Y VIGILANCIA.

***** FECHA: 24.06.16-01:03:15 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. HERIDA COMLPEJA EN PIERNA DERECHA
2. FRACURA ABRASIVA DE LA TIBIA DERECHA

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
1 - POP DE DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN PIERNA DERECHA +COLGAJO MUSCULAR FASCIOCUTANEO +SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA (14/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIÓTICO, EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR ADECUADO CONTROL DEL DOLOR CON LA MEDICACIÓN NIEGA FIEBRE, PASANDO BUENA NOCHE TOLERA LA VÍA ORAL.

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 130/70 FR: 18 T: 36.7 FC: 77 SATO2: 96%
NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. PIERNA DERECHA CON HERIDA CUBIERTA CON VENDAJE ELASTICO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, EN SEGUIMIENTO DEL POP, POR TRAUMATOLOGIA, CONSOLIDANDO MANEJO, EN EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, ESTABLE, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTEMICOS, POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA INTRAHOSPITALARIO. SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCION DE MEDICAMENTO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 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.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

*** FECHA: 24.06.16-06:43:34 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 110/70 FR: 18 T: 36.5, P: 74 SATO2: 98% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.06.16-11:17:17 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. HERIDA COMLPEJA EN PIERNA DERECHA
2. FRACURA ABRASIVA DE LA TIBIA DERECHA

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
1 - POP DE DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN PIERNA DERECHA +COLGAJO MUSCULAR FASCIOCUTANEO +SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA (14/06/2024)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR PASA BUENA NOCHE DOLOR CONTROLADO.
SIGNOS VITALES: TA: 110/70. FR: 18. T: 36.9. FC: 78. SATO%: 98%. GLASGOW: 15/15.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

EXAMEN FISIO NORMOCEFALO HIDRATADO CONJUNTIVAS ROSADAS SIN DIFICULTA RESPITATORIA PIERNA DERECHA CON HERIDA QUIRURGICA BUEN ESTADO EDEMA BLANDO CUBIERTA CON CURACION MAS VENDAJE ELASTICO CON NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO CON SIGNOS ESTABLE EVOLUCION ADECUADA EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICOTERAPIA, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR.

POR BUENA EVOLUCION SE DECIDE:
SALIDA CON: MANEJO MEDICO, RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA Y CONTROL.

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

MANEJO AMBULATORIO:
1---CEFALEXINA TAB DE 500 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 8 DIAS TOTAL: 32.
2--- ACETAMINOFEN TAB DE 500 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.: TOTAL 30.
3---SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFEN/CODEINA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DIAS. TOTAL 30 TAB.
4---TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL TAB DE 160/800 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 12 HORAS POR 5 DIAS TOTAL: 10.

** OTROS:

CONTROL EN 15 DIAS POR CONSULTA EXTERNA CON DOCTOR: GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 9 RECOMENDACIONES.
1---NO DESTAPAR HERIDA QUIRURGICA.
2---NO MOJAR INMOVILIZACCION CURACION. MANTEMNER EXTREMIDA EN LO ALTO. RECONSULTAR SI HUELE FEO FECTIDO ASOCIADO A LOS SINTOMAS INFLAMATORIOS.
3--REALIZAR MOVIMIENTOS INDICADOS POR ORTOPEDISTA
4-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO,
5---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
7--- NO RETIRAR PUNTOS SIN ORDEN MEDICA.
8 --- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
9 ---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.

**** DEL EGRESO**

*** FECHA: 24.06.16-11:28:41 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.16-11:28:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: VEINTE (20) DIAS INICIO: 2024.06.14 FIN: 2024.07.03

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 24.06.28-10:08:48 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL POS OPERATORIO INMEDIATO DE DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE DE FRACTURA ABRASIVA DE TIBIA DERECHA + SUTIRA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO ELD IA 14 DE JUNIO DEL 2024 CON DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE DE FRACTURA ABRASIVA DE TIBIA DERECHA + SUTIRA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PIERNA DERECHA: HERIDA QX CICATRIZADA CON AMTERIALD E SUTURA SINS IGNOS D EINFECCION BUENA MOVILIDAD ARTICULAR
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
RETIRO DE PUNTOS AHORA EN PIERNA DERECHA
APOYO TOTAL

29

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
RETIRO DE PUNTOS AHORA EN PIERNA DERECHA
APOYO TOTAL

*** FECHA: 24.06.28-10:28:19 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
RETIRO DE PUNTOS AHORA EN PIERNA DERECHA
APOYO TOTAL
ALTA POR ORTOPEDIA
REINTEGRARSE A LABORAR SIN RESTRICCIONES AL TERMINAR INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.28-10:28:19 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.28-11:06:15 MEDICO: / (AUXIL. ADM - ADRIANA MOLINA RAMOS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:11 / 10:21 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:10H// USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 31 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE HERIDA COMLPEJA EN PIERNA DERECHA + FRACURA ABRASIVA DE LA TIBIA DERECHA(14/06/2024) + 2 DIA POP DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN PIERNA DERECHA +COLGAJO MUSCULAR FASCIOCUTANEO +SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA (14/06/2024) CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

10:11H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 7 CM APROXIMADAMENTE EN CARA FRONTAL DE PIERNA DERECHA TERCIO MEDIO, EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA

126

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64636

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO

DOC.IDENT:	CC 1075265738	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07		
FCHA.NACTO:	1992.10.17	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3202408481
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

10:21H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S817 - HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

DR@. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REG. MED: 244

25

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18515

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181445 Fecha 14/06/24

Nombre Paciente: ROJAS RAMIREZ HERNANDO 1075265738 Edad: 31 Sexo: M

Hora inicio 18:05 Hora fin: 18:35 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionPAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S817-HERIDA DE LA PIERNA DERECHA	1. S817-HERIDA DE LA PIERNA DERECHA

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%
13500	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE TIBIA O PERONE	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EXTENSION DE LA LESION PREEXISTENTE A 15CM EN CARA ANTERIOR DE TERCIO MEDIO CON PROXIMAL DE PIERNA DERECHA.

HALLAZGOS:
HERIDA CORTOCONTUSA DE +-10 CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA MAS FRACTURA ABRASIVA DE LA TIBIA NO EVIDENCIADA EN LA RADIOGRAFIA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

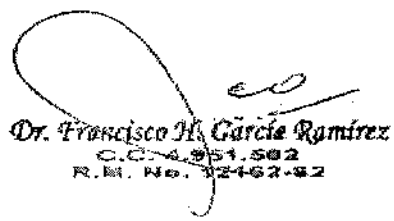
BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO DEBRIDAMIENTO DE HERIDA Y CURATEJE DE LA FRACTURA ABRASIVA DE LA TIBIA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO, EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A 15CM. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO.
ENSEGUIDA 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 100ML

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen



CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1075265738

ADMISION N_: 181445

NOMBRE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO **Num. Id-:** CC 1075265738
FECHA NACIMIENTO: 1992.10.17 **EDAD:** 31 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.14 **HORA DE INGRESO:** 18:04:14 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.14 18:04
DIRECCION: CARRERA 29 N 22 07 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202408481
OCUPACION: 950 OBREROS DE CONSTRUCCION (ALBAÑIL, **RESPONSABLE:** ARACELLY RAMIREZ
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.06.14

<< REGISTRO: 18:04:14 >> (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 PIERNA DERECHA

REVISION POR SISTEMA

NORMALES

ANTECEDENTES

--><<2024.06.14-15:53:14>>, (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL) H.U. 181438
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: ESTERNOTOMIA POR HERIDA PRECORDIAL (ARMA CORTOPUNZANTE) * Alergicios: Niega

--><<2024.06.14-18:26:53>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 181445

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: TORACOTOMIA VIA ESTERNOTOMIA POR HERIDA POR ARMA CORTOPUNZANTE

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR HABITUAL DE MARIHUANA

OTROS: NEGATIVOS

--><<2024.06.14-22:54:13>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 181448
PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1075265738

ADMISION N_: 181445

NOMBRE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO **Num. Id-:** CC 1075265738
FECHA NACIMIENTO: 1992.10.17 **EDAD:** 31 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.14 **HORA DE INGRESO:** 18:04:14 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.14 18:04
DIRECCION: CARRERA 29 N 22 07 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202408481
OCUPACION: 950 OBREROS DE CONSTRUCCION (ALBAYIL. **RESPONSABLE:** ARACELLY RAMIREZ
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 18:04:14 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

NUEVO

QUIRURGICOS: TORACOTOMIA VIA ESTERNOTOMIA POR HERIDA POR ARMA CORTOPUNZANTE

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR HABITUAL DE MARIHUANA

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 RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PIERNA DERECHA HERIDA CORTOCONTUSA DE 10 CM ENCARA ANTERIORTERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA CON ABUNDANTE TEJISO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S817 HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA

ANALISIS/PLAN

PLAN
DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDA DE PIERNA DERECHA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1075265738

ADMISION N_: 181445

NOMBRE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO **Num. Id-:** CC 1075265738
FECHA NACIMIENTO: 1992.10.17 **EDAD:** 31 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.14 **HORA DE INGRESO:** 18:04:14 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.14 18:04
DIRECCION: CARRERA 29 N 22 07 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202408481
OCUPACION: 950 OBREROS DE CONSTRUCCION (ALBAYIL. **RESPONSABLE:** ARACELLY RAMIREZ
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.14-18:04:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES
RX NORMALES

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** ORTOPEDIA
FECHA DE EGRESO: 2024.06.14 **HORA DE EGRESO:** 18:04:07 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-82

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 181445 - 10000

NOMBRE:	ROJAS RAMIREZ HERNANDO	C.C. -TI-RC-OTRO	1075265738		
EDAD:	31 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1992.10.17	SEXO:	M
DIRECCION:	CARRERA 29 N 22 07			TELEFONO:	3202408481
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	ARACELLY RAMIREZ			TELEFONO:	3202584826

FECHA:	CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:
2024.06.14	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><2024.06.14-15:53:14>>, (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL) H.U. 181438

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: ESTERNOTOMIA POR HERIDA PRECORDIAL (ARMA CORTOPUNZANTE) * Alergicios: Niega

--->><2024.06.14-18:26:53>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 181445

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: TORACOTOMIA VIA ESTERNOTOMIA POR HERIDA POR ARMA CORTOPUNZANTE

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR HABITUAL DE MARIHUANA

OTROS: NEGATIVOS

--->><2024.06.14-22:54:13>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)

H.HOS: 181448

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: TORACOTOMIA VIA ESTERNOTOMIA POR HERIDA POR ARMA CORTOPUNZANTE

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR HABITUAL DE MARIHUANA

OTROS: NEGATIVOS

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 181445 - 10000

NOMBRE: ROJAS RAMIREZ HERNANDO C.C. -TI-RC-OTRO 1075265738

EDAD: 31 A FECHA DE NACIMIENTO: 1992.10.17 SEXO: M

DIRECCION: CARRERA 29 N 22 07 TELEFONO: 3202408481

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ARACELLY RAMIREZ TELEFONO: 3202584826

EXAMEN FISICO:

PA: 127/62 FC: 83 FR: 21 PESO: 58 TEMPERATURA: 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
VENDAJE ELASTICO CON HUELLAS DE SANGRADO EN PIERNA DERECHA POR HERIDA COMPLEJA DE LA MISMAO

OTROS:
SIN ALTERACION

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

INR: **Hemoclasificlación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S819
HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

PLAN:
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024-06-14 **HORA:** 18:26:46

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
Rojas	Ramirez	Hernando	1077653139

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
14 6 19	31A	H ☒ M ☐	162	55	1 (2) 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Ox			

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 supracondilea de fémur D con cumplimiento de tiempo

OPERACION PROPUESTA Osteosíntesis + cerclaje no + yeso

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

no no Fractura de tibia

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA N DIENTES N CUELLO N

IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO RH B+ BAJO

		TIPO	
		BLOQUEO	
		PERIDURAL	
		ESPINAL	
		GENERAL	

RESUMEN Y PLAN: monitoria + tubo + analgesia

ESTADO PSICOLOGO Tranquilo

RESERVA	PARA	RECIBIDA	
			NECESITA SANGRE NO C.C.

PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION

REPARACION E A C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION O N

CONCIENCIA O N

DIURESIS O N

SENSIBILIDAD O N

PIEL NO Hidratada

HEMORRAGIA —

REFLEJOS +

MOTILIDAD +

HORA												
	18:05											

TOTALES			
1	2	3	
4	5	6	
7	8	9	
10	11	12	

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sala de recuperación bajo efecto general sin complicaciones

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejor

FIRMA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

C - REGISTRO DE ANESTESIA

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 CCSO ____ CSA ____ CCC ____

E A C

I OT No ____ ▽
I NT No ____
E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO ●
RESPIRACION ○
T.A. XX
INDUCCION Ø
INICIACION Y FINALIZACION ◎
NEONATO MASC ♂ FEM. ♀ a
PVC XXX
T° ____
TORNIQUETE ▭
ECG ∧∨∧

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

MORA

AGENTES

1		5		9		13	
2		6		10		14	
3		7		11		15	
4		8		12		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,27-Jul-2024 16:33:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.06.1 15:22
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 31 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1075265738 ROJAS RAMIREZ HERNANDO	1 NIVEL I	NEIVA	CARRERA 29 N 22 07	3202408481

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.14	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2024.06.14	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LLR	1.00
2024.06.14	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	45.00
2024.06.14	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LLR	10.00
2024.06.14	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	1.00
2024.06.14	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LLR	30.00
2024.06.14	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	LLR	1.00
2024.06.14	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2024.06.14	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LLR	1.00
2024.06.14	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2024.06.14	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	3.00
2024.06.14	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2024.06.14	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LLR	1.00
2024.06.14	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LLR	1.00
2024.06.14	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2024.06.14	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LLR	2.00
2024.06.14	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LLR	2.00
2024.06.14	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2024.06.14	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	3.00
2024.06.14	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	3.00
2024.06.14	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2024.06.14	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LLR	1.00
2024.06.14	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	LLR	1.00
2024.06.14	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LLR	1.00
2024.06.14	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LLR	2.00
2024.06.14	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	4.00
2024.06.14	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2024.06.14	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	3.00
2024.06.14	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LLR	3.00
2024.06.14	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	3.00
2024.06.14	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LLR	3.00

PACIENTE: 1075265738 ROJAS RAMIREZ HERNANDO **EDAD:** 31

DIRECCION: CARRERA 29 N 22 07 **TELEFONO:** 3202408481

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63671 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.13 **Nº POLIZA:** 3202408481

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	sábado, 15 de junio de 2024					
00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	CPM1	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	CPM1	
00:00:00	METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	CPM1	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
04:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CPM1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
10:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFV1	
10:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
12:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFV1	
16:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
18:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DIS1	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	
20:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	

PACIENTE: 1075265738 ROJAS RAMIREZ HERNANDO **EDAD:** 31

DIRECCION: CARRERA 29 N 22 07 **TELEFONO:** 3202408481

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: 2SI-1-63671 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.13 **Nº POLIZA:** 3202408481

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DIS1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 55.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 16 de junio de 2024

00:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
04:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
08:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
10:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1
10:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPM1
10:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1

TOTAL SUMINISTRADO: 26.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406140054

ROJAS RAMIREZ HERNANDO — **202406140054**

Documento	: CC1075265738	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1993-06-14	Edad	: 31 Años	Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso : 2024-06-14 05:37:53 pm	F. Impreso : 2024-06-14 06:00:10 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	16.64	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.76	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	15.0	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	41.6	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	87.4	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.4	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	36.0	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	223	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	84.2	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	11.0	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	4.6	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	0.20	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	14.01	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	1.83	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.76	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.04	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	9.7	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.9	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.7	%	11.5 - 14.5
PDW	16.1		
PCT	0.216	%	

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	17.00	mg/dl	9.00 - 20.00
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.8	mg/dl	0.7 - 1.3

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406140054

ROJAS RAMIREZ HERNANDO

202406140054

Documento	: CC1075265738	**Género**	: Masculino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1993-06-14	**Edad**	: 31 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-06-14 05:37:53 pm	**F. Impreso** : 2024-06-14 06:00:40 pm

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	13.40	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	35.40	seg	22.00 - 38.00
INR.	1.03		

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique

Comprobante de Transacción
Fecha: 12/08/2024 12:08:38

DAVIVIENDA

Descripción de la Transacción :
Empresa: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
Usuario: MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Origen de los fondos :
Tipo de producto: CUENTA DE AHORROS
Número de producto: **********3875

Destino de los fondos :
Transacción: Pago a Proveedores
Monto: $ 36.635.595,00
Descripción: Pago a Proveedores

Fecha: 09/08/2024
Hora: 08:00:00

Número de documento: 60609896

Banco	Tipo Destino	Número Destino	Titular	Valor	Estado	Motivo
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	********2182	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA	$ 36.635.595,00	Pago Exitoso	

1102

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
NIT: 900.422.862-8
Calle 18 No. 6 – 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE y MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. **900.422.862-8,** certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT No. **800.110.181-9** se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022, 2023 y de los meses de ENERO, a JUNIO de 2024, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los cuatro (04) días del mes de julio de 2024.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

C.C. No. 36309066 NEIVA
Contador Público
T.P. No.123297-T

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
fa0a4df5e9a4201c85bce44aea8a18b1162bac58361aabcd15067a3119fabd27baf8b30015b6dcc36f030a98eb19642a

Número de Factura: FE-10673
Fecha de Emisión: 25/06/2024
Fecha de Vencimiento: 25/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691
País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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

No.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	NIU	1,00	$ 11.257.200,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.257.200,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JUNIO DE 2024 DEL 11-20
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-06-25 08:48:13
Documento generado el: 2024-06-25 08:48:12
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	11.257.200,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total bruto Factura	11.257.200,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	11.257.200,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 11.257.200,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT 900422862-8

LA SUMA DE ONCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($11,257,200)

POR CONCERTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 11 AL 20 DE 2024

JHON FREDI MUÑOZ VARGAS

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406110005	CLINICA DE FRACTURAS	1076987623	JHON	FREDI	MUÑOZ	VARGAS	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800

JULIANE ANDRES CHARRIA GARZON

202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110006	CLINICA DE FRACTURAS	1197466345	JULIANE	ANDRES	CHARRIA	GARZON	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

CRISTIAN JOHAN SILVA ACOSTA

202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

202406140053	CLINICA DE FRACTURAS	38241354	GLORIA	MARIA	BARREIRO	SERRANO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406140053	CLINICA DE FRACTURAS	38241354	GLORIA	MARIA	BARREIRO	SERRANO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406140053	CLINICA DE FRACTURAS	38241354	GLORIA	MARIA	BARREIRO	SERRANO	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
HERNANDO ROJAS RAMIREZ										
202406140054	CLINICA DE FRACTURAS	1075265738	HERNANDO		ROJAS	RAMIREZ	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406140054	CLINICA DE FRACTURAS	1075265738	HERNANDO		ROJAS	RAMIREZ	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406140054	CLINICA DE FRACTURAS	1075265738	HERNANDO		ROJAS	RAMIREZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406140054	CLINICA DE FRACTURAS	1075265738	HERNANDO		ROJAS	RAMIREZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406140054	CLINICA DE FRACTURAS	1075265738	HERNANDO		ROJAS	RAMIREZ	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
YEISON JOSE PRECIADO CASAS										
202406140055	CLINICA DE FRACTURAS	410010026	YEISON	JOSE	PRECIADO	CASAS	RC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406140055	CLINICA DE FRACTURAS	410010026	YEISON	JOSE	PRECIADO	CASAS	RC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406140055	CLINICA DE FRACTURAS	410010026	YEISON	JOSE	PRECIADO	CASAS	RC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406140055	CLINICA DE FRACTURAS	410010026	YEISON	JOSE	PRECIADO	CASAS	RC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406140055	CLINICA DE FRACTURAS	410010026	YEISON	JOSE	PRECIADO	CASAS	RC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
MARIA DEL MAR BERMEO GUZMAN										
202406140056	CLINICA DE FRACTURAS	1079184835	MARIA	DEL MAR	BERMEO	GUZMAN.	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406140056	CLINICA DE FRACTURAS	1079184835	MARIA	DEL MAR	BERMEO	GUZMAN.	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406140056	CLINICA DE FRACTURAS	1079184835	MARIA	DEL MAR	BERMEO	GUZMAN.	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406140056	CLINICA DE FRACTURAS	1079184835	MARIA	DEL MAR	BERMEO	GUZMAN.	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406140056	CLINICA DE FRACTURAS	1079184835	MARIA	DEL MAR	BERMEO	GUZMAN.	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

202406200031	CLINICA DE FRACTURAS	1123301140	WILLIAM	JONATHAN	DIAZ	DIAZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406200031	CLINICA DE FRACTURAS	1123301140	WILLIAM	JONATHAN	DIAZ	DIAZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JAVIER MAURICIO JOVEL MUÑOZ										
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406200032	CLINICA DE FRACTURAS	7705684	JAVIER	MAURICIO	JOVEL	MUÑOZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
									TOTAL	***$ 12,508,000***
									DESCUENTO DEL 10%	***$ 1,250,800***
									TOTAL A CANCELAR	***$ 11,257,200***

1108

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182164

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182164 **Fecha** 2024/06/28

Nombre Paciente: ROJAS RAMIREZ HERNANDO - 1075265738 **Edad:** 31 **Sexo:** M

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S819-HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S822-FRACTURA ABRASIVA DE TIBIA DERECHA
3. S817-HERIDA EN PIERNA DERECHA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 10:10H// USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 31 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE HERIDA COMLPEJA EN PIERNA DERECHA + FRACURA ABRASIVA DE LA TIBIA DERECHA(14/06/2024) + 2 DIA POP DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN PIERNA DERECHA +COLGAJO MUSCULAR FASCIOCUTANEO +SUTURA DE HERIDA EN PIERNA DERECHA (14/06/2024) CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

10:11H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 7 CM APROXIMADAMENTE EN CARA FRONTAL DE PIERNA DERECHA TERCIO MEDIO, EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

10:21H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Adriana Molina
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,27-Jul-2024 16:35:2

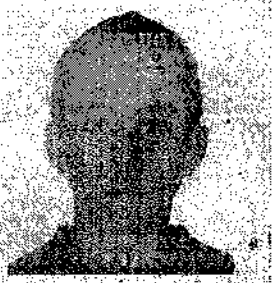
ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.06.2 10:11
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 31 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1075265738	ROJAS RAMIREZ HERNANDO	1 NIVEL I	NEIVA	CARRERA 29 N 22 07	3202408481

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.28	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2024.06.28	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2024.06.28	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	1.00
2024.06.28	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2024.06.28	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00
2024.06.28	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	ADM	1.00

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.265.738
ROJAS RAMIREZ
APELLIDOS
HERNANDO
NOMBRES
Rojas Ramirez Hernando
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024136830

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KVY29F	SUZUKI	AX 4	2021

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
112	NEGRO	PARTICULAR

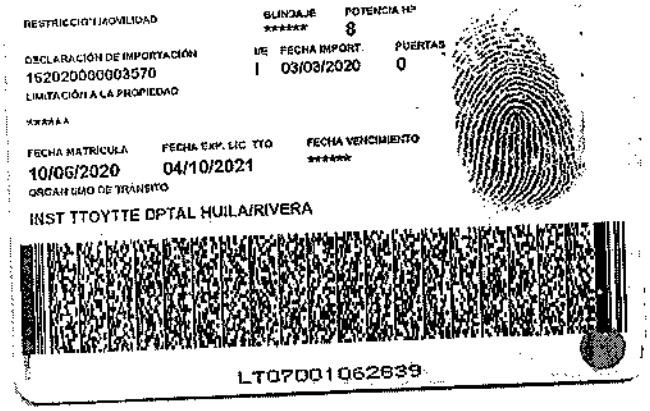
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: E467-293605
REG: N
VIN: 9FSNE43BXMC181904
NÚMERO DE SERIE: ******
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9FSNE43BXMC181904
REG: N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RAMIREZ GAVIRIA ARACELLY
IDENTIFICACIÓN: C.C. 26630314



FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1992
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-OCT-2010 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500100-01081080-M-1075265738-20100709 0055125502A 1 9908970589



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDAJE ******
POTENCIA HP 8
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
152020000003570
VR FECHA IMPORT. 03/08/2020
PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA 10/06/2020
FECHA EXP. LIC. TTO 04/10/2021
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT07001062639

RUNT 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:	**KVY29F**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10024136830**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**SUZUKI**	LÍNEA:	**AX 4**
MODELO:	**2021**	COLOR:	**NEGRO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**E467-299805**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FSNE43BXMC181904**	NÚMERO DE VIN:	**9FSNE43BXMC181904**
CILINDRAJE:	**112**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**10/06/2020**
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

(https://www.runt.gov.co/aclores/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
8116819900	17/08/2023	18/08/2023	17/08/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
14586300006090	07/07/2021	08/07/2021	07/07/2022	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 23/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63700 fechada el dia 24.09.12 cuyo paciente es ROJAS RAMIREZ HERNANDO

HISTORIA No. 1075265738

GLOSA No: ZGL-1-48602 **SINIESTRO:** 63700

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310300

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 4892.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 4892.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LO CANALIZAN Y LOS CLORUROS FUERON UTILIZADOS PARA DILUIR EL MEDICAMENTO QUE LE ORDENO EL MEDICO TRATANTE AL PACIENTE COMO LO INDICA EL PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO EN LA EPICRISI ANEXADA ANTERIORMENTE.

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 17100.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 17100.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas,

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 23/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63700 fechada el dia 24.09.12 cuyo paciente es ROJAS RAMIREZ HERNANDO

HISTORIA No. 1075265738

GLOSA No: ZGL-1-48602 **SINIESTRO:** 63700

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LO CANALIZAN Y LOS CLORUROS FUERON UTILIZADOS PARA DILUIR EL MEDICAMENTO QUE LE ORDENO EL MEDICO TRATANTE AL PACIENTE COMO LO INDICA EL PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO EN LA EPICRISI ANEXADA ANTERIORMENTE.

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	17100.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	17100.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas,

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:
tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluídos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del articulo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. Asi mismo se reconocerán los insumos que especificamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequírurgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 61200.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 61200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequírurgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-39106- SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 127300.00

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 127300.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA SUTURA NO ES INHERENTE AL COLGAJO YA QUE EL PACIENTE PRESENTO UNA HERIDA DE MAS 10 CM POR LO QUE SE REALIZA LA 15111 Sutura heridas múltiples, excepto cara (más de tres o una extensa de más de 10 cms) QUEDANDO UN DEFECTO CUTANEO POR LO QUE SE PROCEDE A REALIZAR ADICIONAL EL COLGAJO PARA CORRECCION DEL DEFECTO. POR TANTO SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 6: SO1-39119- GRUPO 08

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 56500.00

JUSTIFICACION:
104
HONORARIOS OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 56500.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA SUTURA NO ES INHERENTE AL COLGAJO YA QUE EL PACIENTE PRESENTO UNA HERIDA DE MAS 10 CM POR LO QUE SE REALIZA LA 15111 Sutura heridas múltiples, excepto cara (más de tres o una extensa de más de 10 cms) QUEDANDO UN DEFECTO CUTANEO POR LO QUE SE PROCEDE A REALIZAR ADICIONAL EL COLGAJO PARA CORRECCION DEL DEFECTO. POR TANTO SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 7: SO1-15111- SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 215600.00

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	215600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA SUTURA NO ES INHERENTE AL COLGAJO YA QUE EL PACIENTE PRESENTO UNA HERIDA DE MAS 10 CM POR LO QUE SE REALIZA LA 15111 Sutura heridas múltiples, excepto cara (más de tres o una extensa de más de 10 cms) QUEDANDO UN DEFECTO CUTANEO POR LO QUE SE PROCEDE A REALIZAR ADICIONAL EL COLGAJO PARA CORRECCION DEL DEFECTO. POR TANTO SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 8: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	19800.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	19800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBREMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 9: SO1-19749- NITROGENO UREICO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	16500.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	16500.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBREMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:** **VALOR ACEPTADO:**

JUSTIFICACION:
PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	6,733,474.00
VALOR GLOSADO :	580092.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	580092.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 21 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305081	**No.**	201824	**Siniestro**	90762927	**No. Factura**	FEC163700		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	14/06/2024	**Fecha aviso**	27/09/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	811681990	**Vigencia**	18/08/2023	**hast**	17/08/2024
Id tomador	26630314	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075265738	**Nombre**	HERNANDO ROJAS RAMIREZ						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S801					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO Y FASCIOCUTÁNEO		100%	886,700	0	886,700
1	39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 13		100%	525,200	0	525,200
1	39124	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 13		100%	254,600	0	254,600
1	39215	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 13		100%	1,368,700	0	1,368,700
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	649,000	0	649,000
1	15111	SUTURA HERIDAS MÚLTIPLES, EXCEPTO CARA (MÁS DE TRES O UNA EXTENSA DE MÁS DE 10 CMS)	NO SE RECONOCE UN 15111 COBRO NO JUSTIFICADO SEGÚN LESIONES Y PROCEDIMIENTOS DESCRITOS.	100%	215,600	215,600	0
1	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08	NO SE RECONOCE UN 15111 COBRO NO JUSTIFICADO SEGÚN LESIONES Y PROCEDIMIENTOS DESCRITOS.	100%	127,300	127,300	0
1	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08	NO SE RECONOCE UN 15111 COBRO NO JUSTIFICADO SEGÚN LESIONES Y PROCEDIMIENTOS DESCRITOS.	100%	56,500	56,500	0
1	13500	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA, DE TIBIA O PERONÉ		100%	263,300	0	263,300
1	39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 09		100%	150,600	0	150,600
1	39120	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 09		100%	72,000	0	72,000
1	39211	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 09		100%	435,600	0	435,600
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%	307,100	0	307,100
2	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	693,800	0	693,800
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS	NO SE RECONOCE NO PERTINENTE PARA ESTUDIO O MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE ACUERDO CON ANTECEDENTES NO HAY JUSTIFICACIÓN COMO PREQUIRÚRGICO.	100%	19,800	19,800	0
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19749	NITRÓGENO URÉICO	NO SE RECONOCE NO PERTINENTE PARA ESTUDIO O MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE ACUERDO CON ANTECEDENTES NO HAY JUSTIFICACIÓN COMO PREQUIRÚRGICO.	100%	16,500	16,500	0

1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	61,200	61,200	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39139 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	61,200	61,200	0
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS	ALGODON $4700 NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART. 55). ELASTICA $11400 NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART. 55). NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA. $1000		135,330	17,100	118,230
1	77701	MEDICAMENTOS	EE. NO SE RECONOCE 1 CLORURO 500 $4892 POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , , , , ,	100%	271,444	4,892	266,552

1001	**Cobrado**	**6,733,474**
1002	**Obj. Parcial**	**580,092**
1003	**Liquidado**	**6,153,382**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:23:10 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. FEC163700

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1259b0e4beeee226c4078852eaf6188287473d831be335fee686fe1029cb6ce7d5694ed12f3cef632ef91372107047db

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
6733474

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-12 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
a79c9efd8abf805ce8d1ab6f75cdd319f55fc84b2e94a93a053225caa93ed496ef5a269f67f2c02509fb8b36498edc3a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-12 04:44:26.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163700

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1259b0e4beeee226c4078852eaf6188287473d831be335fee686fe1029cb6ce7d5694ed12f3cef632ef91372107047db

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
81538a784734c9e361e2795558b863118834a2a1a2d587124675ce0bd346b5ddcdf720e31b66671343ed50872f0089e9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-12 07:06:59.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
668e941b89ac2a967d51f22f59ba3b8fa2111188c02ff752780f587f609bb1be226591a70e667ba374989e18db870d6d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:59:47.000 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. FEC163700

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1259b0e4beeee226c4078852eaf6188287473d831be335fee686fe1029cb6ce7d5694ed12f3cef632ef91372107047db

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
edf7bdb4a35952f92885c665a8dceba60d5225bd966cc2b72720920060bbfd37976666f5464979ceb15b1f679b863fc5

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:59:56.000 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: 2/7/2025 -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 ,2024.09.12	17:09:19	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63703

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 181992
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.06.26 - 08:06 | 2024.06.26 - 10:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003805246 MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL EDAD : 22 Años
DIRECCION: CARRERA 35 N 12 A 17 NEIVA TELEFONO: 3123854987
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	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	2024.06.26	873206		CAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.26	873206		CAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.26	873206		CAR				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.06.26	879111		CAR				1	690,900	690,900
21712	TORAX	2024.06.26	879301		CAR				1	719,200	719,200
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.06.26	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.26	890701		CAR				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.26	S22101		WIL				1	29,300	29,300

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 CA... ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.181

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 202...12...7 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-000...5595 Has...1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 618f1a7dedf1c4a47f00bc5212531c52230717d4300135f36c5816940e1f6d7c80bb...2a7f89b4f8e29e7fc3

Recibido!
27 de Septiembre del 2024
20305082

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO NIT. 93.395.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. 3 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 ,2024.09.12	17:09:19	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63703

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 181992
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.06.26 - 08:06 2024.06.26 - 10:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003805246 MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL EDAD : 22 Años
DIRECCION: CARRERA 35 N 12 A 17 NEIVA TELEFONO: 3123854987
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19998775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	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	2024.06.26	873206		CAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.26	873206		CAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.26	873206		CAR				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.26	873121		CAR				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.06.26	879111		CAR				1	690,900	690,900
21712	TORAX	2024.06.26	879301		CAR				1	719,200	719,200
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.06.26	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.26	890701		CAR				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.26	S22101		WIL				1	29,300	29,300

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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 618f1a7dedf1c4a47f00bc5212531c52230717d4300135f36c5816940e1f6d7c80bb7d3a3bc7e32a7f89b1f8e29e7fc3

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. 537 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.12	17:09:19	2024.10.12

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63703

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	2,277,892	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,277,892

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.12 05:09:52 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 618f1a7dedf1c4a47f00bc521531c5223071 7d4300135f36e5816940e1f6d7c80bb7d3a3bc7e32a7f89b4f8e29e7fc3

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:	63703
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 793,200
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,484,692
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

ENT

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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63703

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
MARROQUIN	PINTO

1er.Nombre	2do.Nombre
MIGUEL	ANGEL

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1003805246

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 15/07/2001 Sexo: F [M X] O

Direccion: CARRERA 35 N 12 A 17

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123854987

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	
	Otros [ ]	Cual?					

Direccion de la Ocurrencia: AVENIDA CIRCUNVALAR CON CALLE 9

Fecha Evento/Accidente: 26/06/2024 Hora: 06:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA VTJ54G, COLISIONA CON UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LEISONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: VICTORY Placa: VTJ54G

Tipo de Vehiculo:	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta [ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro [ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

Poliza SOAT No 8121841900

Vigencia de la Poliza: Desde: 04/04/2024 Hasta: 03/04/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PINTO	PEREZ
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
YOVANNY	
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — **No. Documento** 55163233

Direccion: CARRERA 35 N 12 A 17

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3123855487 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

MARROQUIN	PINTO
1er.Apellido	2do.Apellido
MIGUEL	ANGEL
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — **No. Documento** 1003805246

Direccion: CARRERA 35 N 12 A 17

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3123855487

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:** **Placa Ambulancia:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 26/06/2024 **a las** 08:06

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S202 CONTUSION DEL TORAX

Fecha de Egreso: 26/06/2024 **a las** 10:30

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Egreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

CARLOS	ALBERTO
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
ANDRADE	CACHAYA
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — **No. Documento** 80874060

N·mero de Registro de Medico 1536/10

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2277892	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detaltar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64844

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1003805246	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 35 N 12 A 17		
FCHA.NACTO:	2001.07.15	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3123854987
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.26 — HORA DE INGRESO: 08:06
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.06.26 — HORA DE EGRESO: 10:30
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.26-08:32:11 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA VTJ54G, COLISIONA CON UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LEISONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORADA A LAS 08+06
PACIENTE QUIEN INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS QUIEN REFIERE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE HOY CON POSTERIOR TRAUMA CRANEO ENCEFALICO, SIN PERDIDA DE CONCIENCIA, TRAUMA EN TORAX, MANO DERECHA, HOMBRO, BRAZO, MANO, MUSLO RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA ASOCIADO A ABRASIONES, NIEGA OTROS TRAUMAS. REFIERE CEFALEA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DE DOLOR, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 126/76 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.2 TALLA: 175 PESO: 73 IMC: 24 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
<<TORAX>>
DOLOR A LA PALPACION EN TORAX ANTERIOR Y REJA COSTAL IZQUIERDA CON LIMITACION DE ADECUADA MECANICA VENTILATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, NIEGA TRAUMA A ESTE NIVEL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64844

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1003805246	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 35 N 12 A 17		
FCHA.NACTO:	2001.07.15	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3123854987
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

<<PELVIS>>
ESTABLE NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES, EXTREMIDADES SE EVIDENCIA EDEMA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DE CLAVICULA, HOMBRO, BRAZO, MANO IZQUIERDA Y MANO DERECHA. TAMBIEN PRESENTA EDEMA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN MUSLO, RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA. RESTO SIN LIMITACIONES.
<<NEUROLOGICO>>
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15, CEFALEA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DE DOLOR.
<<PIEL>>
SE EVIDENCIAN ABRASIONES SUCIAS CONTAMINADAS CON TIERRA EN DEDOS DE MANO DERECHA. ABRASIONES EN PIERNA Y RODILLA IZQUIERDA CONTAMINADAS CON TIERRA.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES ADICIONALES

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

** PLAN DE MANEJO:
- OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- SS VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64844

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1003805246	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 35 N 12 A 17		
FCHA.NACTO:	2001.07.15	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3123854987
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

*** FECHA: 24.06.26-08:44:54 MEDICO: / (AUXIL. WIL - WILSON ESCOBAR MARTINEZ - C.C. 1083929086 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 08:33 / 08:38 DURACION: 00:04

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: WILSON ESCOBAR MARTINEZ

**** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ****

08+33 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 BRAZO IZQUIERDO SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.
/

*** FECHA: 24.06.26-09:03:07 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*** FECHA: 24.06.26-09:50:13 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE LESIONES HEMORRAGICAS INTRAPRENQUIMATOSAS NO DESVIACION DE LINEA MEDIA, NO FRACTURAS, VENTRICULOS LIBRES CISTERNAS AMPLIAS
TAC DE TORAX: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, NO HEMO NI NEUMOTORAX
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS

*** FECHA: 24.06.26-10:25:29 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64844

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1003805246	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 35 N 12 A 17		
FCHA.NACTO:	2001.07.15	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3123854987
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR IZQUIERDO Y MANO DERECHA, TORAX.
AL EXAMEN FISICO: ABRASIONES LIMPIAS Y CURADAS, DOLOR EN HOMBRO SIN LIMITACIONES DE MOVILIDAD, NO INESTABILIDAD, LEVE DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA SIN INESTABILDIAD PIERNA IZQUIERDA CON LEVE EDEMA Y DOLOR NO LIMITACIONES, MANOS BILATERAL ADECUADA MOVILDIAD LEVE DOLOR, NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES Y ABRASIONES
CONTUSION DEL TORAX
TRAUMA CRANEOENCEFALICO
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 3 DIAS

***** FECHA: 24.06.26-10:29:57 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS E HISTORIA ANOTADA, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, 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.

** PLAN DE MANEJO:
- SALIDA
- MEDICAMENTOS
- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR GARCIA
- INCAPACIDAD
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

** OTROS:

- CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA ALTERACION DE ESTADO DE CONCIENCIA, DESORIENTACION, DISMINUCION DE FUERZA MUSCULAR, ALTERACION EN EL COMPORTAMIENTO , DOLOR DE CABEZA INTENSO, VOMITOS, ALTERACION DE LA MARCHA, CAMBIOS EN EL HABLA.
- 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 INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, SANGRADO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION EN AREA DE TRAUMA.
- APLICAR FRIO LOCAL EN AREA AFECTADA
- TOMAR MEDICAMENTOS EN HORARIOS ESTABLECIDOS, SUSPENDER SI PRESENTA ALGUN TIPO DE REACCION ALERGICA Y ASISTIR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS.

16

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64844

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1003805246	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 35 N 12 A 17		
FCHA.NACTO:	2001.07.15	EDAD:	22 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3123854987
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL

** ORDENES MEDICAS:

- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.26-10:31:08 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.26-10:30:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO		
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@. CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA
REG. MED: 1536/10

15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 181992

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181992 **Fecha** 2024/06/26

Nombre Paciente: MARROQUÍN PINTO MIGUEL ANGEL - 1003805246 **Edad:** 22 **Sexo:** M

Quien Realiza: WIL- WILSON ESCOBAR MARTINEZ Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	WIL	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 08+33 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 BRAZO IZQUIERDO SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

/

QUIEN REALIZA

Marroquín Pinto
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 2-Jul-2024 14:13:5

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:** 2024.06.2 08:06
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 22 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1003805246 MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL 1 NIVEL I NEIVA CARRERA 35 N 12 A 17 3123854987

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.06.26	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	WIL	10.00
2024.06.26	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	WIL	10.00
2024.06.26	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	WIL	6.00
2024.06.26	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	WIL	1.00
2024.06.26	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	WIL	1.00

13

PACIENTE: 1003805246 MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL **EDAD:** 22

DIRECCION: CARRERA 35 N 12 A 17 **TELEFONO:** 3123854987

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63866 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.26 **Nº POLIZA:** 8121841900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	miércoles, 26 de junio de 2024					
08:33:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	VACI	
08:33:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VACI	
08:33:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VACI	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL No. Identif. 1003805246 Edad. 22

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.06.26

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS
* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

M Marroquin Pinto

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -212507

FECHA EMISION: 2024.06.26
HORA: 10:33:12
PAGINA No: 1

USUARIO: MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL
DOC.IDENT: CC 1003805246 **CAMA:** -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2024/06/26
ORIGEN:
MEDICO: Dr. CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
		TOTAL CANTIDAD:	40.00

marroquin Pinto
Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.07.05
HORA:	11:20:13
PAGINA No:	1

Numero: 90851 Fecha Ex. 26/06/24 Hora 17:27
Nombre Paciente: 1003805246 MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL
Dirección: CARRERA 35 N 12 A 17 Telefono:3123854987 Edad:22 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP de la clavícula izquierda observándose esta estructura ósea con morfología general contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de la clavícula izquierda en la única proyección presentada.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro izquierdo observándose la articulación escapula humeral y acromio clavicular con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del fémur izquierdo observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de las estructuras del fémur aparentes en la única proyección presentada.
Moderado edema de los tejidos blandos del muslo.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas de las estructuras óseas de la pierna.
Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo izquierdo observándose la diáfisis del humero con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

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 no se advierten alteraciones.

9

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.07.05
HORA:	11:20:13
PAGINA No:	2

Numero: 90851 Fecha Ex. 26/06/24 Hora 16:32
Nombre Paciente: 1003805246 MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL
Dirección: CARRERA 35 N 12 A 17 Telefono:3123854987 Edad:22 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.
Como hallazgo incidental se advierte imagen de artefacto focal nodular hiperdenso hacia el aspecto central del cráneo.

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.
Se advierte como hallazgo incidental a nivel de la unión toraco abdominal imagen significativa de disminución difusa de la densidad del hígado indicativa de corresponder a hígado graso así mismo se advierte hacia los planos inferiores del hígado en su borde posterior una pequeña conformación de aspecto redondeado de contornos irregulares de 1 cm de espesor con densidad media, con lesión focal nodular que se recomienda continuar investigando y aclarar.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

8

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.07.05
HORA:	11:20:01
PAGINA No:	1

Numero: 90852 Fecha Ex. 26/06/24 Hora 17:28
Nombre Paciente: 1003805246 MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL
Dirección: CARRERA 35 N 12 A 17 Telefono:3123854987 Edad:22 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 26/06/2024

Señores
Equidad
Ciudad Neiva - Huila

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Miguel Angel Mamoquin Polo identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1003805246, 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 26/06/2024 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Miguel Ángel Mamoquín

Firma
Nombre: Miguel Ángel Mamoquín
c.c. 1003805246

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.003.805.246
MARROQUIN PINTO
APELLIDOS
MIGUEL ANGEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-2001
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 O- M
ESTATURA G.S RH SEXO
24-JUL-2019 NEIVA
INDICE DERECHO FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-1900150-01095427-M-1000805246-20190926 0067579207A 2 53250413

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031484045

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
VTJ54G	VICTORY	BOMBER 125	2025

CILINDRAJE CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
156FMI3BR1017715	N	9GFPCJ5026KB19445

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GFPCJ502SKB19445	N	9GFPCJ502SKB19445	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE (S) — IDENTIFICACIÓN

PINTO PEREZ YOYANNY — C.C. 8514[illegible]

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE	POTENCIA HP
******	10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	IE	FECHA IMPORT	PUERTAS
902024000020269	I	06/02/2024	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - RESPALDO FINANCIERO SAS

FECHA MATRICULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
04/04/2024	04/04/2024	******

ORGANISMO DE TRANSITO

INST. IDOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT0700309041G

SOAT

PÓLIZA DE SEGUROS DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2024-04-03	2024-04-04	2025-04-03

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/NATOS	MODELO
8121841900	VTJ54G	MOTOS	PARTICULAR	124	2025

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	VICTORY	
LÍNEA VEHÍCULO	BOMBER 125	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
156FMI3BR1017715	9GFPCJ502SKB19445	9GFPCJ502SKB19445	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
PINTO PEREZ, YOVANNY	3209719062	CC	55163233	NEIVA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE RECOLECTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 201600	$ 104800	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 308500

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	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

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que sufran 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

Topes de cobertura gastos médicos
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).

RUNT 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:	VTJ54G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031484045	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	BOMBER 125
MODELO:	2025	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFPCJ502SKB19445	NÚMERO DE MOTOR:	156FMI3BR1017715
NÚMERO DE CHASIS:	9GFPCJ502SKB19445	NÚMERO DE VIN:	9GFPCJ502SKB19445
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	04/04/2024
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8121841900	03/04/2024	04/04/2024	03/04/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63703 fechada el dia 24.09.12 cuyo paciente es MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL

HISTORIA No. 1003805246

GLOSA No: ZGL-1-48583 **SINIESTRO:** 63703

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 69700.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 69700.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 690900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 690900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN HALLAZGOS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL EL PACIENTE PRESENTA TRAUMA CRANEOENCEFALICO Y CEFALEA 8/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CRANEO REALIZADO para obtener imágenes detalladas de la cabeza, ya que ayuda a la evaluación de traumatismos craneales: Ayuda a detectar sangrado dentro del cerebro, como hemorragias o aneurismas, investigación de causas de dolores de cabeza: Puede proporcionar información sobre posibles causas de cefaleas, evaluación de pérdida de función sensorial o motora. YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA,

Recibido
28 de Octubre del 2024
20310301
equidad seguros

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63703 fechada el dia 24.09.12 cuyo paciente es MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL

HISTORIA No. 1003805246

GLOSA No: ZGL-1-48583 **SINIESTRO:** 63703

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	69700.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	69700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	690900.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	690900.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN HALLAZGOS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL EL PACIENTE PRESENTA TRAUMA CRANEOENCEFALICO Y CEFALEA 8/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CRANEO REALIZADO para obtener imágenes detalladas de la cabeza, ya que ayuda a la evaluación de traumatismos craneales: Ayuda a detectar sangrado dentro del cerebro, como hemorragias o aneurismas, investigación de causas de dolores de cabeza: Puede proporcionar información sobre posibles causas de cefaleas, evaluación de pérdida de función sensorial o motora. YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA,

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:** **VALOR ACEPTADO:**

JUSTIFICACION:
HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-21712- TORAX

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 719200.00

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 719200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA DOLOROSO A LA PALPACION EN TORAX ANTERIOR Y REJA COSTAL IZQUIERDA CON LIMITACION DE ADECUADA MECANICA VENTILATORIA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE TORAX REALIZADO para evaluar cuando hay sospecha clínica de una enfermedad torácica no evidente, el TAC puede revelarla. Se utiliza para estudiar y seguir la evolución de tumores primarios y secundarios en los pulmones, manifestaciones torácicas de enfermedades conocidas: El TAC ayuda a evaluar cómo afectan enfermedades fuera del tórax a las estructuras torácicas, HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 4: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 4892.00

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SE ANEXA SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DEPROCEDIMIENTO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA LA REALIZACION DE LA CURACION EN ABRASIONES QUE EL PACIENTE PRESENTABA A LAS CUALES SE LE HACE BARRIDO QUEDANDO LIMPIA Y DESCUBIERTA EL AREA AFECTADA. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,277,892.00
VALOR GLOSADO :	1484692.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1484692.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 21 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305082	**No.**	201825	**Siniestro**	90762928	**No. Factura**	FEC163703		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	26/06/2024	**Fecha aviso**	27/09/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	812184190	**Vigencia**	04/04/2024	**hast**	03/04/2025
Id tomador	55163233	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1003805246	**Nombre**	MIGUEL ANGEL MARROQUIN PINTO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
3	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	NO SE RECONOCE 1.21101 (MANO) Y SE HOMOLOGA A 1.21106 DE ACUERDO A LESIONES PRESENTADAS Y ESTUDIOS PERTINENTES.	100%, 100%	209,100	69,700	139,400
5	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	452,000	0	452,000
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	NO SE RECONOCE 21701 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES PRESENTADAS.	100%	690,900	690,900	0
1	21712	TÓRAX	NO SE RECONOCE 21712 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER EVALUADAS CON RX.	100%	719,200	719,200	0
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	71,500	0	71,500
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS			500	0	500
1	77701	MEDICAMENTOS	EE. NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN$4892, , ,	100%	23,992	4,892	19,100

1001	Cobrado	2,277,892
1002	Obj. Parcial	1,484,692
1003	Liquidado	793,200

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 181992

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181992 **Fecha** 2024/06/26

Nombre Paciente: MARROQUÍN PINTO MIGUEL ANGEL - 1003805246 **Edad:** 22 **Sexo:** M

Quien Realiza: WIL- WILSON ESCOBAR MARTINEZ Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1, S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	WIL	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 08+33 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 BRAZO IZQUIERDO SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.
/

QUIEN REALIZA

Miguel Pinto
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 2-Jul-2024 14:13:5

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:	2024.06.2 08:06
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	22 Años		Fecha Egreso :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:		MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1003805246 MARROQUIN PINTO MIGUEL ANGEL	1 NIVEL I		NEIVA	CARRERA 35 N 12 A 17	3123854987

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.26	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	WIL	10.00
2024.06.26	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	WIL	10.00
2024.06.26	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	WIL	6.00
2024.06.26	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	WIL	1.00
2024.06.26	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	WIL	1.00

13

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:23:32 PM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163703

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
618f1a7dedf1c4a47f00bc5212531c52230717d4300135f36c581
6940e1f6d7c80bb7d3a3bc7e32a7f89b4f8e29e7fc3

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2277892

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-12 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
fa678071c0c1620bee8a832bbb4af0b9d38803c5c240eb8d9055
447c338c8ade98826dd9e9e70d51c311d66e14c3ea5d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-12 05:09:51.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

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. FEC163703

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
618f1a7dedf1c4a47f00bc5212531c52230717d4300135f36c5816940e1f6d7c80bb7d3a3bc7e32a7f89b4f8e29e7fc3

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
514b51034f87ae8cad3ec4e4a1660b164e9940f3c421b6c897e4e9ac64fd4eb3f950e0b3d3c01ccdd46ef62c5c6bc673

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-12 07:34:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
3b591540b5d1f293e5e5ae355b1dffbba77bc16966f3b73b5a5b8e51cbd20c6a7cdeeb150af2eccad17363cb48a88807

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:58:29.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:23:32 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. FEC163703

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-12 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
618f1a7dedf1c4a47f00bc5212531c52230717d4300135f36c581
6940e1f6d7c80bb7d3a3bc7e32a7f89b4f8e29e7fc3

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
f2074fd73f9250074671d93dcf912c84b9139885c9a2452231d82
25d8d3601b6e0104985f2ac7e24ab15e1c5739672a0

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:58:39.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 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: 2/7/2025 -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 ,2024.09.13	11:36:06	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63733

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 172428
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRES** **FEC-HORA EGRESO**
001 02 SOAT 60% DESC OTRO REGIMEN 2023.12.29 - 21:35 2023.12.30 - 08:00

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN EDAD : 19 Años
DIRECCION: VEREDA LOS RIOS BARAYA TELEFONO: 3135646069
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	30-Dic-2023	S55101					OAR	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								10	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								15	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	0	0
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	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											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	4,892	29,352
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								7	3,758	26,306
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								4	250	1,000
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.12.29	873206		OAR				1	62,800	62,800
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.12.29	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.12.29	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.12.29	903841						1	18,600	18,600
19749	NITROGENO UREICO	2023.12.29	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.12.29	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.12.29	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.12.30	935304		OAR				1	70,000	70,000
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.12.29	890701		OAR				1	73,400	73,400

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CA... 774 667 CODIGO DEL COMERCIO.
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.181

¡Recibido!
27 de Septiembre del 2024
20305087

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De... Fecha: 202... por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has... -00080000 AUTORIZA

28

Cufe: fd89c5479c08a21cf8e7d53c7edca52fe3fe3d398a803237cb267a4a4ca64...7f4a366...e71df691bda70c2e5

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.359.451 - 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 ,2024.09.13	11:36:06	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63733

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 172428
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2023.12.29 - 21:35 2023.12.30 - 08:00

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN EDAD : 19 Años
DIRECCION: VEREDA LOS RIOS BARAYA TELEFONO: 3136646069
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	30-Dic-2023	S55101					OAR	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								10	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								15	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
010102	GUANTE ESTERIL 6 .0								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	0	0
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	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											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	4,892	29,352
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								7	3,758	26,306
20067851-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285-46	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								4	250	1,000
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.12.29	873206		OAR				1	62,800	62,800
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.12.29	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.12.29	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.12.29	903841						1	18,600	18,600
19749	NITROGENO UREICO	2023.12.29	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.12.29	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.12.29	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.12.30	935304		OAR				1	70,000	70,000
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.12.29	890701		OAR				1	73,400	73,400

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

28

Cufe: fd89c5479c08a21cf8e7d53c7edca52fe3fe3d398a803237cb267a4a4ca6407f4a3667305e81738e71df691bda70c2c5

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 ,2024.09.13	11:36:06	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63733

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.12.29	S22101		ZGS				1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.12.30	S22103		OAR				1	86,100	86,100

VALOR BRUTO:	973,032	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	973,032

SON: NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL TREINTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.13 11:48:41 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: fd89c547/9c08a21cf8e7c53c7edca52fe3fe3d398a803237cb267a4a4ca6407f4a3667305e81738e71df691bda70c2e5

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:	63733
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 921,032
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 52,000
Brian Esmith Urbano Cruz	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

ENT

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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: FEC1- 63733

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
CULMA	LIZCANO

1er.Nombre	2do.Nombre
MICHAEL	STEVEN

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1117808184

De: 41078 Fecha de Nacimiento: 17/10/2004 Sexo: F M[X] O

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3135646069

Municipio: BARAYA Cod. 078

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 10 VIA BARAYA COLOMBIA

Fecha Evento/Accidente: 29/12/2023 Hora: 15:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: BARAYA Cod. 078 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PBM27F, PIERDE ELCONTROL DE LA MOTO AL COGER UNA PIEDRA 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: HONDA Placa: PBM27F

Tipo de Vehiculo:									
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion [ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta [X]	Motocarro	[ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero [ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8101463700

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 07/02/2023 Hasta: 06/02/2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
VALENZUELA	CARDOSO

1er.Nombre	2do.Nombre
ANDERSON	M.

Documento de identidad: CC [X] CE NIT CD PT PE SC DE TI — **No. Documento** 83222487

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: BARAYA **Cod.** 078 **Telefono:** 3135646069 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CULMA	LIZCANO

1er.Nombre	2do.Nombre
MICHAEL	STEVEN

Tipo de Documento: CC [X] CE AS MS PA RC TI PT PE SC CD DE — **No. Documento** 1117808184

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3135646069

Municipio: BARAYA **Cod.** 078

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: 29/12/2023 a las 19:37

Prestador que remite: ESE HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO **Codigo de inscripcion:** 410780035201

Direccion: AVE 2 # 8-10 **Telefono:** 8788649 HUILA-BARAYA

Profesional que Remite: SANDRA PATRICIA TRUJILLO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 29/12/2023 a las 19:52

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **Codigo de inscripcion:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: OSCAR ALEXIS RODRIGEZ MENESES **Cargo:** MEDICO GENERAL **Placa Ambulancia:**

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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U R

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 29/12/2023 **a las** 21:35

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 30/12/2023 **a las** 08:00

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

Diagnostico relacionado de Egreso

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
OSCAR	ALEXIS

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
RODRIGUEZ	MENESES

Tipo Documento CC [X] CE PA PT PE — **No. Documento** 1031151920

N·mero de Registro de Medico 1031151920

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	973032	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.12.29 — HORA DE INGRESO: 21:35
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.12.30 — HORA DE EGRESO: 08:00
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)
CONFIRMADO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.12.29-22:11:44 MEDICO: / (DR(A), OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PBM27F, PIERDE ELCONTROL DE LA MOTO AL COGER UNA PIEDRA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 21+36
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE BARAYA, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 167 PESO: 65 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL SIN ALTERACIONES
<<CUELLO>>
SIMÉTRICO, SIN DOLOR, NO LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SIGNOS DE TRAUMA
<<TORAX>>
NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS
<<GENITOURINARIO>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS
<<PELVIS>>
SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA EN LAS 4 EXTREMIDADES, PULSOS DISTALES POSITIVOS, AMPUTACION DE FALANGE DISTAL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, SANGRADO EN CAPA, CON LESION SEVERA DE LECHO UNGUEAL.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++),
<<PIEL>>
LO PREVIAMENTE DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA AMPUTACION DE FALANGE DISTAL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SEVERO COMPROMISO DEL LECHO UNGUEAL, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, ANTIBIOTICO, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

SE REALIZA LAVADO PROFUSO CON ISODINE Y SSN 2000 CC, SE DEJAN CUBIERTAS LESIONES.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA

** PLAN DE MANEJO:
- NVO
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- PREVENIR CAIDAS.
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- USO DE MASCARCILLA CONSTANTE
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: LAVADO 2000 CC, LEV 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.12.29-23:02:48 MEDICO: / (AUXIL. ZGS - SALMA ZULUAGA GIRALDO - C.C. 1003828738 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:12 / 22:18 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: SALMA ZULUAGA GIRALDO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE HERIDAS LAS CUALES SE OBSERVA AMPUTACION DE FALANGE DE 3RO Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SANGRADO ACTIVO EN CAPA + LESION DE GRAN MAGNITUD DE LECHO UNGUEAL SE OBSERVA SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION AGUDA , CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA JUNTO CON MEDICO GENERAL SE REALIZA BARRIDO CON 2000CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASAS IMPREGNADAS CON ISODINE SOLUCION + VENDAJE ELASTICO 4X5 Y 5X5 A PRESION PARA GENERAR HEMOSTACIA.

*** FECHA: 23.12.29-23:44:43 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA: CALIDAD LIMITADA POR VENDAJES, NO FRACTURAS, NO FISURAS APARENTES.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

HEMOGRAMA: LEUC:9520, NEUT:53.9, LINF:26.6, HGB:14.7, HTO:41.9, PLAQ:195.000
BUN:15
GLUCOSA:101
CREATININA:0.7
PT:15.8, INR:1.21, PTT:30.5

24

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SIN LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GLUCOSA ALEATORIA NORMAL.

*** FECHA: 23.12.30-06:17:44 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 23:00 / 23:20 DURACION: 00:19

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA,SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.12.30-06:21:45 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE REALIZA BLOQUEO TRONCULAR A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, COMO MANEJO ANALGESICO COMPLEMENTARIO, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO, PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES.

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA,SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.12.30-08:00:17 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORTOPEDIA, SE TRASLADA A ESTA UNIDAD.

*** FECHA: 23.12.30-08:00:19 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.30-08:00:08 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Oscar Rodriguez Meneses
Médico Cirujano General
T.P. 1.031.151.920
FUHC

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 172428

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -172428 **Fecha** 2023/12/29

Nombre Paciente: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN - 1117808184 **Edad:** 19 **Sexo:** M

Quien Realiza: ZGS- SALMA ZULUAGA GIRALDO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:
1. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

Diagn¾sticos Definitivos:
1. 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
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ZGS	-

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 HERIDAS LAS CUALES SE OBSERVA AMPUTACION DE FALANGE DE 3RO Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SANGRADO ACTIVO EN CAPA + LESION DE GRAN MAGNITUD DE LECHO UNGUEAL SE OBSERVA SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION AGUDA , CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA JUNTO CON MEDICO GENERAL SE REALIZA BARRIDO CON 2000CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASAS IMPREGNADAS CON ISODINE SOLUCION + VENDAJE ELASTICO 4X5 Y 5X5 A PRESION PARA GENERAR HEMOSTACIA.

Salma Zuluaga
QUIEN REALIZA

Maicol Culma
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,30-Ene-2024 15:40:2

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	EDAD	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2023.12.2	21:35
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	19 Años		Fecha Egreso :		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN	1 NIVEL I	BARAYA	VEREDA LOS RIOS	3135646069

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.12.29	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ZGS	10.00
2023.12.29	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ZGS	10.00
2023.12.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ZGS	10.00
2023.12.29	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	ZGS	1.00
2023.12.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ZGS	1.00
2023.12.29	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	ZGS	1.00
2023.12.29	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	ZGS	1.00

20

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 172428

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -172428 **Fecha** 2023/12/30

Nombre Paciente: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN - 1117808184 **Edad:** 19 **Sexo:** M

Quien Realiza: OAR- OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:
1. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

Diagn¾sticos Definitivos:
1. 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
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	OAR	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA,SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

Dr. Oscar Rodriguez Meneses
Médico Cirujano General
T.P. 1.031.151.920
FUJNC

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

19

PACIENTE: 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN **EDAD:** 19

DIRECCION: VEREDA LOS RIOS **TELEFONO:** 3135646069

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-60893 **FECHA SINIESTRO:** 2023.12.29 **Nº POLIZA:** 8101463700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 29 de diciembre de 2023						
22:12:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI	
22:12:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:12:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:12:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	5.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:12:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:12:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	DANI	
22:12:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	11.00		NOCHE	DANI	
22:12:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
22:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
22:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 36.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 30 de diciembre de 2023						
06:12:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI	
06:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:12:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:12:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:12:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	DANI	
06:12:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
06:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 16.00

VB

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202312290023

CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

202312290023

Documento	: CC1117808184	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2004-12-29	Edad	: 19 Años	Entidad	. CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2023-12-29 10:54:12 pm F. Impreso : 2023-12-29 11:07:13 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	9.52	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	5.08	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	14.7	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	41.9	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	82.6	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	28.9	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.0	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	195	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	53.9	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	26.6	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	5.7	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	13.70	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.10	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	5.13	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfositos #	2.53	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.55	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	1.30	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	10.6	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	39.5	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.8	%	11.5 - 14.5
PDW	16.2		
PCT	0.205	%	

Ivan E. Licona V.
Ivan E. Licona V
Bacteriologo

Firma Digital: IVAN E LICONA V

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	15.00	mg/dl	9.00 - 20.00
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.	101.0	mg/dl	74.0 - 106.0
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.7	mg/dl	0.7 - 1.3

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202312290023

CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

202312290023

Documento	: CC1117808184	**Género**	: Masculino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2004-12-29	**Edad**	: 19 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2023-12-29 10:54:12 pm	**F. Impreso** : 2023-12-29 11:07:13 pm

Ivan E. Licona V.
Ivan E. Licona V
Firma Digital: IVAN E LICONA V
Bacteriologo

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	15.80	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	30.50	seg	22.00 - 38.00
INR.	1.21		

Ivan E. Licona V.
Ivan E. Licona V
Firma Digital: IVAN E LICONA V
Bacteriologo

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 DICIEMBRE de 2023, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los quince (15) días del mes de enero de 2024.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

C.C. No. 36309066 NEIVA
Contador Público
T.P. No.123297-T

15

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
56d00cc5abc8fece8df9b99af8e12cd816ae877853efca212fdf0079f864dc0c4a069702ceb8b399961fc81dc7d2ccde

Número de Factura: FE-10240
Fecha de Emisión: 13/01/2024
Fecha de Vencimiento: 12/02/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancarb
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691
País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA DE 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	$ 10.721.480,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 10.721.480,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2023
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-01-13 09:19:48
Documento generado el: 2024-01-13 09:19:47
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			10.721.480,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			10.721.480,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros Impuestos			0,00
Total Impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			10.721.480,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	COP $	$	10.721.480,00

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

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMÍREZ

NIT: 900,422,862-8

LA SUMA DE DIEZ MILLONES SETECIENTOS VEINTI Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($10,721,480)

POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 21-31 AÑO 2023

mero de Ord	Cliente	OCUMENT	NOMBRE	APELLIDO	UM	Doc	PRUEBA	VALOR
JOSE EVELIO GONZALEZ QUIRA								
202312210001	CLINICA DE FRACTURAS	1075544671	JOSE EVELIO	GONZALEZ QUIRA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 15,500
202312210001	CLINICA DE FRACTURAS	1075544671	JOSE EVELIO	GONZALEZ QUIRA	CC	M	Hemograma IV	$ 32,100
202312210001	CLINICA DE FRACTURAS	1075544671	JOSE EVELIO	GONZALEZ QUIRA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 46,800
202312210001	CLINICA DE FRACTURAS	1075544671	JOSE EVELIO	GONZALEZ QUIRA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 45,600
202312210001	CLINICA DE FRACTURAS	1075544671	JOSE EVELIO	GONZALEZ QUIRA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18,600
YEFERSON DANIEL MEZA BERNAL								
202312210002	CLINICA DE FRACTURAS	1123335612	YEFERSON DANIEL	MEZA BERNAL	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 15,500
202312210002	CLINICA DE FRACTURAS	1123335612	YEFERSON DANIEL	MEZA BERNAL	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 19,300
202312210002	CLINICA DE FRACTURAS	1123335612	YEFERSON DANIEL	MEZA BERNAL	CC	M	Hemograma IV	$ 32,100
202312210002	CLINICA DE FRACTURAS	1123335612	YEFERSON DANIEL	MEZA BERNAL	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 46,800
202312210002	CLINICA DE FRACTURAS	1123335612	YEFERSON DANIEL	MEZA BERNAL	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 45,600
202312210002	CLINICA DE FRACTURAS	1123335612	YEFERSON DANIEL	MEZA BERNAL	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18,600

12

26

1182

202312290022	CLINICA DE FRACTURAS	7699426	ISIDRO	VILLEGAS MEDINA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 19,300
202312290022	CLINICA DE FRACTURAS	7699426	ISIDRO	VILLEGAS MEDINA	CC	M	Hemograma IV	$ 32,100
202312290022	CLINICA DE FRACTURAS	7699426	ISIDRO	VILLEGAS MEDINA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 46,800
202312290022	CLINICA DE FRACTURAS	7699426	ISIDRO	VILLEGAS MEDINA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 45,600
202312290022	CLINICA DE FRACTURAS	7699426	ISIDRO	VILLEGAS MEDINA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18,600
MICHAEL STEVEN CULMA LIZCANO								
202312290023	CLINICA DE FRACTURAS	1117808184	MICHAEL STEVEN	CULMA LIZCANO	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 15,500
202312290023	CLINICA DE FRACTURAS	1117808184	MICHAEL STEVEN	CULMA LIZCANO	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 19,300
202312290023	CLINICA DE FRACTURAS	1117808184	MICHAEL STEVEN	CULMA LIZCANO	CC	M	Hemograma IV	$ 32,100
202312290023	CLINICA DE FRACTURAS	1117808184	MICHAEL STEVEN	CULMA LIZCANO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 46,800
202312290023	CLINICA DE FRACTURAS	1117808184	MICHAEL STEVEN	CULMA LIZCANO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 45,600
202312290023	CLINICA DE FRACTURAS	1117808184	MICHAEL STEVEN	CULMA LIZCANO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18,600
HERMINSO RIVERA RODRIGUEZ								
202312300004	CLINICA DE FRACTURAS	12101520	HERMINSO	RIVERA RODRIGUEZ	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 19,300
202312300004	CLINICA DE FRACTURAS	12101520	HERMINSO	RIVERA RODRIGUEZ	CC	M	Hemograma IV	$ 32,100
202312300004	CLINICA DE FRACTURAS	12101520	HERMINSO	RIVERA RODRIGUEZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 46,800
202312300004	CLINICA DE FRACTURAS	12101520	HERMINSO	RIVERA RODRIGUEZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 45,600

202312310005	CLINICA DE FRACTURAS	1010157631	JUAN PABLO	HERNANDEZ VIDAL	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 46,800
202312310005	CLINICA DE FRACTURAS	1010157631	JUAN PABLO	HERNANDEZ VIDAL	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 45,600
202312310005	CLINICA DE FRACTURAS	1010157631	JUAN PABLO	HERNANDEZ VIDAL	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18,600
GONZALO DIAZ GARCIA								
202312310007	CLINICA DE FRACTURAS	1003893840	GONZALO	DIAZ GARCIA	CC	M	Hemograma IV	$ 32,100
202312310007	CLINICA DE FRACTURAS	1003893840	GONZALO	DIAZ GARCIA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 46,800
202312310007	CLINICA DE FRACTURAS	1003893840	GONZALO	DIAZ GARCIA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 45,600
JORGE ANDRES LOZANO LLANOS								
202312310008	CLINICA DE FRACTURAS	1075219113	JORGE ANDRES	LOZANO LLANOS	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 15,500
202312310008	CLINICA DE FRACTURAS	1075219113	JORGE ANDRES	LOZANO LLANOS	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 19,300
202312310008	CLINICA DE FRACTURAS	1075219113	JORGE ANDRES	LOZANO LLANOS	CC	M	Hemograma IV	$ 32,100
202312310008	CLINICA DE FRACTURAS	1075219113	JORGE ANDRES	LOZANO LLANOS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 46,800
202312310008	CLINICA DE FRACTURAS	1075219113	JORGE ANDRES	LOZANO LLANOS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 45,600
202312310008	CLINICA DE FRACTURAS	1075219113	JORGE ANDRES	LOZANO LLANOS	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18,600
TOTAL								***$ 11,912,755***
DESCUENTO 10%								***$ 1,191,276***
TOTAL A CANCELAR								***$ 10,721,480***

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.06
HORA:	10:14:22
PAGINA No:	1

Numero: 85957 Fecha Ex. 29/12/23 Hora 11:32
Nombre Paciente: 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN
Dirección: VEREDA LOS RIOS Telefono:3135646069 Edad:19 A Sexo:M
Medico: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose fijación distal del dedo índice del dedo medio y anular de la mano en su extremo distal.
Hay inmovilización con vendaje elástico que disminuye la sensibilidad del examen a este nivel.
En la proyección oblicua hay superposición de las estructuras óseas de las falanges distales.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

XL
9

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva 29-12-2023

Señores Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Michael steven culma lizcano identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1117808104, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

Maicol culma

HUELLA

Firma
Nombre: Michael steven culma
c.c. 1117808104

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10049565
29/12/2023 19:21:00
Historia Clínica No.
1117808184

IDENTIFICACION

Paciente : MICHAEL STIVEN CULMA LIZCANO
Identificación No.: CC No. 1117808184
Entidad: SEGUROS LA EQUIDAD
Fecha Nacimiento: 17 - oct. - 2004
Pais: COLOMBIA **Departamento:** HUILA **Ciudad:** BARAYA **Edad:** 19 Años **Sexo** M
Dirección: (RURAL) **Teléfonos:** 3135646069

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: viernes, 29 de diciembre de 2023 **Hora:** 19:07 **Paciente Llega por sus propios medios?**
Sí **Cual**
Acompañante:
Dirección: **Tel.** **Estado:**

En caso de accidente, intoxicación o violencia
Fecha: **Hora:**
Causa Básica que origina la atención **Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
ME CAI DE LA MOTO

Antecedentes

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, OCUPACION: MAYORDOMO DE FINCA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN LA VEREDA SAN JUAN, DE BARAYA - HUILA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
Qx: NIEGA
TOXICOALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

PACIENTE NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA CON COVID 19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, DOLOR EN EL PECHO, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA.

REVISION POR SISTEMAS

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FISICO

Presión Arterial: 120 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 74 //Temperatura: 37 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 60 //Talla: 165 //I.M.C.: 22.04 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 80

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, ALGICO *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES; 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, PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA, 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, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, ROT ++/++++, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS. *Psiquiátrico: Normal

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10049565
29/12/2023 19:21:00
Historia Clínica No.
1117808184

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado1: (S626)FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado2: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Conducta a seguir:
- TAPON VENOSO
- CEFRADINA 2 G IV, DOSIS UNICA
- DICLOFENACO, APLICAR 75 MG IM, AHORA
- TOXOIDE TETANICO, APLICAR 1 AMPOLLA SC, DOSIS UNICA
- CURACION DEL 3 Y 4 DEDO DE LA MANO IZQUIERDA
- INICIAR TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA
- PROTOCOLO PREVENCION DE CAIDAS
- PROTOCOLO PREVENCION DE ULCERAS DE PRESION
- PROTOCOLO PREVENCION DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
- CONTROL DE SIGNOS VITALES – AVISAR CAMBIOS

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
157645 - SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON (MEDICINA GENERAL) Fecha: 29/12/2023 Hora: 19:35

1 - Diclofenaco 75mg/3ml Solucion inyec 75mg SOLUCION INYECTABLE 75 MG IM
2 - Cefradina Polvo para reconstituir 1 g ampolla 1gr POLVO PARA RECONSTRUIR 2 G IV
3 - Toxoide Antitetanico 10mg 1 AMPOLLA SC
4 - JERINGA DESECHABLE 10 ML 10ML PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
5 - JERINGAS DE INSULINA 1 ML 1ml INYECTABLE PARA ADMINISTRAR TOXOIDE
6 - CURACION (PEQUEÑA)
7 - Tapon Hepanimizado 0 PARA CANALIZAR PACIENTE
8 - Cateter Intravenoso Nro 18 0 PARA CANALIZAR PACIENTE

Sandra Patricia Trujillo Calderón ATENCION ABIERTA

SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 55159377
Firma profesional que da ingreso al paciente

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180159
Trans. 2 No. 8-10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10011164
Historia Clínica No.
1117808184

Fecha de remisión viernes, 29 de diciembre 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	País	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
MICHAEL STIVEN CULMA LIZCANO	CC: 1117808184	17-oct-2004	COLOMBIA	HUILA	BARAYA	19 Años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
, RURAL	3135646069	HUILA	BARAYA	U

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad SEGUROS LA EQUIDAD **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable:
Dirección de residencia:
Departamento: 00
Documento: CC:
Teléfono:
Ciudad: 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	viernes, 29 de diciembre de 2023	**Fecha de Egreso:**	viernes, 29 de diciembre de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	19:37	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Urgente

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
ME CAI DE LA MOTO

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, OCUPACION: MAYORDOMO DE FINCA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN LA VEREDA SAN JUAN, DE BARAYA - HUILA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
Qx: NIEGA
TOXICOALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

PACIENTE NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA CON COVID 19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, DOLOR EN EL PECHO, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA.

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, ALGICO *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES; PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. *Dorsolumbar: Normal y sin

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180159
Trans. 2 No. 8-10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10011164
Historia Clínica No.
1117808184

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, PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA, 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, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, ROT ++/++++, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS. *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 120 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 74 //Temperatura: 37 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 60 //Talla: 165 //I.M.C.: 22.038567493113 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Principal (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado1: (S626)FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado2: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Diagnóstico por el cual se remite: S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, 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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.117.808.184

Apellidos
CULMA LIZCANO

Nombres
MICHAEL STEVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
M

Fecha de nacimiento
17 OCT 2004

G.S
A+

Lugar de nacimiento
SAN VICENTE DEL CAGUAN (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
17 NOV 2022, RIVERA

Firma

Fecha de expiración
17 NOV 2032

1009671773

ICCOL009671773619064<<<<<<<<<<<
0410173M3211175COL1117808184<5
CULMA<LIZCANO<<MICHAEL<STEVEN<

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022170974

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PBM27F	HONDA	XR150L	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	BLANCO AZUL	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR
KD07E2484216

REG N — VIN 9FMKD0723NF000450

NÚMERO DE SERIE
******

REG N — NÚMERO DE CHASIS 9FMKD0723NF000450 — REG N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
VALENZUELA CARDOSO ANDERSON M.

IDENTIFICACIÓN
C.C. 83222497

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE
******

POTENCIA HP
13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
832020000096653

TIPO (
FECHA IMPORT 16/12/2020

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
03/02/2021

FECHA EXP. LIC. TTO.
03/02/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02000289199

2

SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO / MES / DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO / MES / DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO / MES / DÍA
2023-02-06	2023-02-07	2024-02-06

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8101463700	PBM27F	MOTOS	PARTICULAR	149	2022

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	HONDA	

LÍNEA VEHÍCULO	No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
XR150L	KD07E2484216	9FMKD0723NF000450	9FMKD0723NF000450	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VALENZUELA CARDOSO, ANDERSON MAURICIO	3114986870	CC	83222487	BARAYA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911006739012	0	BARAYA

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)
	701,68 [2]	
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).

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 radicar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere abogado ni terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato; el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63733 fechada el dia 24.09.13 cuyo paciente es CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

HISTORIA No. 1117808184

GLOSA No: ZGL-1-48579 **SINIESTRO:** 63733

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310302

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 17900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 17900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-19490- GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 18600.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63733 fechada el dia 24.09.13 cuyo paciente es CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

HISTORIA No. 1117808184

GLOSA No: ZGL-1-48579 **SINIESTRO:** 63733

>> **ITEM GLOSADO 1:** SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	17900.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	17900.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> **ITEM GLOSADO 2:** SO1-19490- GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	18600.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	18600.00	

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-19749- NITROGENO UREICO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	14900.00	

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	14900.00	

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 4: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	600.00	

JUSTIFICACION:

106

MATERIALES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	600.00	SE ANEXA HOJA DE SUMINISTRO Y APLICACION DE MEDICAMENTO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE POR CRITERIO MEDICO ES DEJADO EN OBSERVACION Y UTILIZANDO LA TECNICA ESTERIL PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO (CEFAZOLINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.

SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	973,032.00
VALOR GLOSADO :	52000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	52000.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 2 1 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305087	**No.**	190390	**Siniestro**	90733501	**No. Factura**	FEC163733		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	29/12/2023	**Fecha aviso**	13/02/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	810146370	**Vigencia**	07/02/2023	**hast**	06/02/2024
Id tomador	83222487	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1117808184	**Nombre**	MICHAEL STEVEN CULMA LIZCANO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos						**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	86,100	0	86,100
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MÁS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
1	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	62,800	0	62,800
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS	NO SE RECONOCE NO PERTINENTE PARA ESTUDIO O MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE ACUERDO CON ANTECEDENTES NO HAY JUSTIFICACIÓN COMO PREQUIRÚRGICO.	100%	17,900	17,900	0
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	30,900	0	30,900
1	19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	NO SE RECONOCE NO PERTINENTE PARA ESTUDIO O MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE ACUERDO CON ANTECEDENTES NO HAY JUSTIFICACIÓN COMO PREQUIRÚRGICO.	100%	18,600	18,600	0
1	19749	NITRÓGENO URÉICO	NO SE RECONOCE NO PERTINENTE PARA ESTUDIO O MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE ACUERDO CON ANTECEDENTES NO HAY JUSTIFICACIÓN COMO PREQUIRÚRGICO.	100%	14,900	14,900	0
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	45,000	0	45,000
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	43,700	0	43,700
1	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	70,000	0	70,000
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	26,400	0	26,400
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	86,100	0	86,100
1	77702	INSUMOS	EE.NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.$600		14,000	600	13,400
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	164,832	0	164,832

1001	Cobrado	973,032
1002	Obj. Parcial	52,000
1003	Liquidado	921,032

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

PACIENTE: 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN EDAD: 19

DIRECCION: VEREDA LOS RIOS TELEFONO: 3135646069

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS AREA SERV.: URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-60893 FECHA SINIESTRO: 2023.12.29 Nº POLIZA: 8101463700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 29 de diciembre de 2023						
2:12:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI	
2:12:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
2:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
2:12:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
2:12:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	5.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
2:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
2:12:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
2:12:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	DANI	
2:12:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	11.00		NOCHE	DANI	
2:12:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
2:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
2:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
				TOTAL SUMINISTRADO:	36.00	
FECHA DEL CONTROL : sábado, 30 de diciembre de 2023						
5:12:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI	
5:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
5:12:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
5:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
5:12:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
5:12:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	DANI	
5:12:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
5:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
5:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
				TOTAL SUMINISTRADO:	16.00	

VB

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:27:38 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. FEC163733

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fd89c5479c08a21cf8e7d53c7edca52fe3fe3d398a803237cb267a4a4ca6407f4a3667305e81738e71df691bda70c2e5

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
973032

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-13 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
d6fa62f4b997ec1ea653b3f67787aea07aa1b23ecc60cab26c3cb7d2b7383a779639294dbf70c7e96123ccba141abf95

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-13 11:48:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163733

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fd89c5479c08a21cf8e7d53c7edca52fe3fe3d398a803237cb267a4a4ca6407f4a3667305e81738e71df691bda70c2e5

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
c0ddbdc1f1fe1634fd39bb8fcfa050f8805741fec9623aac59d773a3ba65fd64fcf4bdc931565f0cb7c6f4d176191000

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-13 11:56:58.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
056a21026e9b36610a0f20278bab060b709593c5b96012bf09b0b3f66eb8cb446dd28318ca2e79009957117bcaaf14c9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:58:08.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

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. FEC163733

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fd89c5479c08a21cf8e7d53c7edca52fe3fe3d398a803237cb267a4a4ca6407f4a3667305e81738e71df691bda70c2e5

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
fc3e0006df4a045e7d19f41dd9abec7094b73ee4a831c6f8062be6e7376078d66601df5b46f2f44daa2a9247795b7ce8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:58:18.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.09.13	11:49:49	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63734

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 172431,172434

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.12.29 - 21:35	2023.12.31 - 08:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN EDAD : 19 Años

DIRECCION: VEREDA LOS RIOS BARAYA TELEFONO: 3135646069

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1I Interv 100%										
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	30-Dic-2023	39005	1	07	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	334,600	334,600
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Dic-2023	39105	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	197,200	197,200
39118	GRUPO 07	30-Dic-2023	39118	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	88,200	88,200
39209	GRUPO 07	30-Dic-2023	39209	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	628,100	628,100
39303	GRUPOS 07 08 09	30-Dic-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2I+ #Via, =Ciruj										
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	30-Dic-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	251,000	251,000
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Dic-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39118	GRUPO 07	30-Dic-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39209	GRUPO 07	30-Dic-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	30-Dic-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
	2I=Via,#R,=Ciruj										
14103	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS)	30-Dic-2023	39002	7	04	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	80,200	80,200
39102	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Dic-2023	39102	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	57,700	57,700
39206	GRUPO 04	30-Dic-2023	39206	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	141,400	141,400
39302	GRUPOS 04 05 06	30-Dic-2023	39302	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								12	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								6	500	3,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	600	2,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
	MEDICAMENTOS										

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPE... NIT. 800.110.18...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: ...23 12... por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-0005...595 Hast... ...-00080000 27 de Septiembre del 2024

Recibido!
20305089

Cufe: 56b62dcce0cdc3dda79611f4c45f41c17d8b527c23636f29c07aa73592678bec32a2a6974...ae1b2d2c333d80bc282fb

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. ...- 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.399.126 - 6

32

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.13	11:49:49	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63734

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: 172431,172434

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.12.29 - 21:35	2023.12.31 - 08:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN EDAD : 19 Años
DIRECCION: VEREDA LOS RIOS BARAYA TELEFONO: 3135646069

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	30-Dic-2023	39005	1	07	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	334,600	334,600
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Dic-2023	39105	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	197,200	197,200
39118	GRUPO 07	30-Dic-2023	39118	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	88,200	88,200
39209	GRUPO 07	30-Dic-2023	39209	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	628,100	628,100
39303	GRUPOS 07 08 09	30-Dic-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	30-Dic-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	251,000	251,000
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Dic-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39118	GRUPO 07	30-Dic-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39209	GRUPO 07	30-Dic-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	30-Dic-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
	2i=Via,#R,=Ciruj										
14103	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS)	30-Dic-2023	39002	7	04	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	80,200	80,200
39102	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Dic-2023	39102	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	57,700	57,700
39206	GRUPO 04	30-Dic-2023	39206	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	141,400	141,400
39302	GRUPOS 04 05 06	30-Dic-2023	39302	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								12	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								4	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								6	500	3,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	600	2,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA NO. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
MEDICAMENTOS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 56b62dcce0cdc3dda79611f4c45f41c17d8b527c23636f29c07aa73592678bec32a2a697482ae1b2d2c333d80bc282fb

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 ,2024.09.13	11:49:49	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63734

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								300	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								10	3,758	37,580
20087651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								3	3,387	10,161
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								6	250	1,500
19987766-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								10	0	0
19950774-02	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.12.30	890202		FGR				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.12.30	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	3,684,033	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,684,033

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TREINTA Y TRES PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.13 11:50:32 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 56b62dcca0cdc3dda7961ff4c45f41c17d8b527c23636f29c07aa73592678bec32a2a697482ae1b2d2c333d80bc282fb

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

31

FACTURA:	63734
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,573,233
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 110,800
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

1208

ENT

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 PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

No.Radicado

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
(Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro FEC1- 63734

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
CULMA	LIZCANO

1er.Nombre	2do.Nombre
MICHAEL	STEVEN

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1117808184

De: 41078 Fecha de Nacimiento: 17/10/2004 Sexo: F M[X] O

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3135646069

Municipio: BARAYA Cod. 078

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 [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 10 VIA BARAYA COLOMBIA

Fecha Evento/Accidente: 29/12/2023 Hora: 15:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: BARAYA Cod. 078 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PBM27F, PIERDE ELCONTROL DE LA MOTO AL COGER UNA PIEDRA 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: HONDA Placa: PBM27F

Tipo de Vehiculo:											
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8101463700 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 07/02/2023 Hasta: 06/02/2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
VALENZUELA	CARDOSO

1er.Nombre	2do.Nombre
ANDERSON	M.

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 83222487

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: BARAYA Cod. 078 Telefono: 3135646069 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CULMA	LIZCANO

1er.Nombre	2do.Nombre
MICHAEL	STEVEN

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 1117808184

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3135646069

Municipio: BARAYA Cod. 078

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [X] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: 29/12/2023 a las 19:37

Prestador que remite: ESE HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO Codigo de inscripcion: 410780035201

Direccion: AVE 2 # 8-10 Telefono: 8788649 HUILA-BARAYA

Profesional que Remite: SANDRA PATRICIA TRUJILLO Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 29/12/2023 a las 19:52

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Codigo de inscripcion: 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 Telefono: 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: OSCAR ALEXIS RODRIGEZ MENESES Cargo: MEDICO GENERAL Placa Ambulancia:

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 Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 29/12/2023 a las 21:35

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 31/12/2023 a las 08:30

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

Diagnostico relacionado de Egreso

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
OSCAR	ALEXIS

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
RODRIGUEZ	MENESES

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 1031151920

N·mero de Registro de Medico 1031151920

34

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3684033	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.12.29 — HORA DE INGRESO: 21:35
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.12.31 — HORA DE EGRESO: 08:30
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)
CONFIRMADO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.12.29-22:11:44 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PBM27F, PIERDE ELCONTROL DE LA MOTO AL COGER UNA PIEDRA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 21+36
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE BARAYA, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 167 PESO: 65 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL SIN ALTERACIONES
<<CUELLO>>
SIMÉTRICO, SIN DOLOR, NO LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SIGNOS DE TRAUMA
<<TORAX>>
NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS
<<GENITOURINARIO>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS
<<PELVIS>>
SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA EN LAS 4 EXTREMIDADES, PULSOS DISTALES POSITIVOS, AMPUTACION DE FALANGE DISTAL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, SANGRADO EN CAPA, CON LESION SEVERA DE LECHO UNGUEAL.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++),
<<PIEL>>
LO PREVIAMENTE DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA AMPUTACION DE FALANGE DISTAL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SEVERO COMPROMISO DEL LECHO UNGUEAL, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, ANTIBIOTICO, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

SE REALIZA LAVADO PROFUSO CON ISODINE Y SSN 2000 CC, SE DEJAN CUBIERTAS LESIONES.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA

** PLAN DE MANEJO:
- NVO
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- PREVENIR CAIDAS.
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- USO DE MASCARCILLA CONSTANTE
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIÓNES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: LAVADO 2000 CC, LEV 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.12.29-23:02:48 MEDICO: / (AUXIL. ZGS - SALMA ZULUAGA GIRALDO - C.C. 1003828738 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:12 / 22:18 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: SALMA ZULUAGA GIRALDO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE HERIDAS LAS CUALES SE OBSERVA AMPUTACION DE FALANGE DE 3RO Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SANGRADO ACTIVO EN CAPA + LESION DE GRAN MAGNITUD DE LECHO UNGUEAL SE OBSERVA SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION AGUDA , CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA JUNTO CON MEDICO GENERAL SE REALIZA BARRIDO CON 2000CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASAS IMPREGNADAS CON ISODINE SOLUCION + VENDAJE ELASTICO 4X5 Y 5X5 A PRESION PARA GENERAR HEMOSTACIA.

***** FECHA: 23.12.29-23:44:43 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA: CALIDAD LIMITADA POR VENDAJES, NO FRACTURAS, NO FISURAS APARENTES.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

HEMOGRAMA: LEUC:9520, NEUT:53.9, LINF:26.6, HGB:14.7, HTO:41.9, PLAQ:195.000
BUN:15
GLUCOSA:101
CREATININA:0.7
PT:15.8, INR:1.21, PTT:30.5

28

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SIN LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GLUCOSA ALEATORIA NORMAL.

*** FECHA: 23.12.30-06:17:44 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 23:00 / 23:20 DURACION: 00:19

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA,SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.12.30-06:21:45 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE REALIZA BLOQUEO TRONCULAR A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, COMO MANEJO ANALGESICO COMPLEMENTARIO, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO, PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES.

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA,SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.12.30-08:00:17 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORTOPEDIA, SE TRASLADA A ESTA UNIDAD.

*** FECHA: 23.12.30-08:00:19 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.30-08:00:08 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.12.30-08:49:53 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 DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO 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 : MANO IZQ AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS CON ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADA CON TIERRA .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX MANO IZQ AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDOS

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO IZQUIERDA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.30-08:49:44 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. 61663

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** FECHA: 23.12.30-08:50:12 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 DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO 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 : MANO IZQ AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS CON ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADA CON TIERRA .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO IZQUIERDA

*** FECHA: 23.12.30-08:55:37 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 08:50 / 09:30 DURACION: 00:40

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 17170
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION :
NO APLICA

HALLAZGOS:
AMPUTACION DE 3ER Y 4TO DEDOS DE MANO IZQUIERDA A NIVEL DEL TERCIO MEDIO DE LA FALANGE DISTAL CON ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADAS CON TIERRA .

DESCRIPCION QUIRUGICA:
PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMNADO Y LISTA DE CHEQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA REGIONAL, SE PRACTICO; DESBRIDAMIENTO DE PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PERIOSTIO MACERADOS Y CONTAMINADIOOS. A SEGUIR SE PRACTICO CURETAJE DE LOS FRAGMENTOS PROXIMALES DE LAS FALANGES DISTALES DEL 3ER Y 4TO DEDOS PARA EXTRACCION DE MATERIAL CONTAMINANTE. SE LAVAN ABUNDANTEMENTE LAS HERIDAS CON SUERO FISIOLOGICO . FINALMENTE SE CIERRAN MUÑONES CON COLGAJO DE PIEL REGIONAL EN CADA DEDO. SE CUBREN CON GASA + MICROPORO.
NO COMPLICACIONES .

*** FECHA: 23.12.30-09:37:55 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
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalizaci¢n SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.30-09:37:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.12.30-12:02:59 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
INGRESO A HOSPITALIZACION PRODEDENTE DE CIRUGIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 29/12/2023 SUFRIENDO POLITRAUMATISMO, VALORADO EN NUESTRA INSTITUCION DONDE SE DOCUMENTA AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDOS MANO IZQ, VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA, DONDE REALIZAN MANEJO QUIRURGICO Y TRASLADAN A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 112/74 FC: 76 FR: 18 TEMP: 36.2 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL SIN ALTERACIONES
<<CUELLO>>
SIMÉTRICO, SIN DOLOR, NO LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SIGNOS DE TRAUMA
<<TORAX>>
NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES <<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS
<<GENITOURINARIO>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS
<<PELVIS>>
SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO: A LA INSPECCION, SIN EVIDENCIA DE LESIONES, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA CURACION EN 3R Y 4O DEDO MANO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA, PULSOS DISTALES POSITIVOS. <<NEUROLOGICO>>
ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++), <<PIEL>>
LO PREVIAMENTE DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
*** INGRESO A PISO PRODEDENTE DE CIRUGIA ***
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, UTILIZACION ADECUADA DE LOS EPP .

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO DE AMPUTACIONES PARCIALES DE 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ MAS CURTETAJE OSEA MAS COLGAJOS LOCARALES EN CADA UNO DE LOS DEDOS PARA CIERRE DEL DEFECTO. (30/12/2023)

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ES LLEVADO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ANOTADOS, ES TRASLADADO A PISO PARA CONTINAUR MANEJO, DE INGRESO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***PLAN:
- DIETA NORMAL.
- LEV
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

22

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

*** FECHA: 23.12.30-16:19:29 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO DE AMPUTACIONES PARCIALES DE 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ MAS CURTETAJE OSEA MAS COLGAJOS LOCARALES EN CADA UNO DE LOS DEDOS PARA CIERRE DEL DEFECTO. (30/12/2023)

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/110/80; FC/84 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.0 °C SO2: 96%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ E EVIDENCIA CURACION EN 3R Y 4O DEDO MANO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUETRA ESTABLE HEMODINAMICANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.12.30-22:28:14 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO DE AMPUTACIONES PARCIALES DE 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ MAS CURTETAJE OSEA MAS COLGAJOS LOCARALES EN CADA UNO DE LOS DEDOS PARA CIERRE DEL DEFECTO. (30/12/2023)

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN, CON MODULACION DE DOLOR.
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/112/82; FC/80 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.1 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ E EVIDENCIA CURACION EN 3R Y 4O DEDO MANO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUETRA HEMODINAMICANTE ESTABLE , SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.12.31-00:13:30 MEDICO: / (DR(A). MSQ - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS YA MANEJADOS QUIRURGICAMENTE, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, QUIEN SE ENCUETRA ESTABLE HEMODINAMICANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR POR LO QUE SE CONTINUA CON IGUAL MANEJO

*** FECHA: 23.12.31-06:42:09 MEDICO: / (DR(A). MSQ - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS

PROCEDIMIENTOS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO DE AMPUTACIONES PARCIALES DE 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ MAS CURTETAJE OSEA MAS COLGAJOS LOCARALES EN CADA UNO DE LOS DEDOS PARA CIERRE DEL DEFECTO. (30/12/2023)

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN, CON MODULACION DE DOLOR., PASA BUENA NOCHE.
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/133/83; FC/50 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.20°C SO2: 99%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ E EVIDENCIA CURACION EN 3R Y 4O DEDO MANO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN SE ENCUETRA HEMODINAMICANTE ESTABLE , SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON MODULACION DEL DOLOR, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***PLAN:
- DIETA NORMAL.
- LEV
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PREVENIR CAIDAS.
- NO RETIRAR NI MOJAR LAS CURACIONES DE LOS DEDOS
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- CONTINUAR CON METFORMINA SEGÚN INDICACION MEDICAS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

*** FECHA: 23.12.31-08:29:45 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. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO DE AMPUTACIONES PARCIALES DE 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ MAS CURTETAJE OSEA MAS COLGAJOS LOCARALES EN CADA UNO DE LOS DEDOS PARA CIERRE DEL DEFECTO. (30/12/2023)

SUBJETIVO

EL PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS, CON DIURESIS POSITIVA EXPONTANEA SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS DEPOSICIONES POSTIVAS SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS REFERIDOS POR EL PACIENTE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ADICIONAL

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE TA/133/83; FC/50 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.20°C SO2: 99%

CABEZA //normocefalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.

CUELLO// móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.

TORAX /// sin signos de dificulta para respirar, no lesiones físicas externas. No deformidad, no dolor a palpación. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.

ABDOMEN // sin evidencia de trauma externo. No distendido, Peristaltismo presente y normal. no dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa o megalias

GENITO URINARIO // Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.

PELVIS // estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad

DORSO Y EXTREMIDADES /// Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. Extremidades SE EVIDENCIA CURACION EN 3R Y 4O DEDO MANO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

PIEL Y FANELAS /// Sin lesiones.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

****

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADO CON ADECUADA EVOLUCION POP , EN EL MOMENTO DE LA VALORACION CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE BAJO GASTO SIN SIGNOS DE FUGA VASCUALR CON ADECUADA PERFUSION DISLTA EN QUIEN SE CONSIDERA EGRESO CON ANALGESICO Y ANTIBIOTICO TERAPIA ADEMAS DE CITA CONTROL EN 15 DIAS SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE DE CONSULTAR SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
EGRESO
INCAPACIDAD POR 30 DIAS

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

*ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS. SOLO EN CRISIS DE DOLOR. TOTAL 10 TABLETAS

**TMP/SMX (tab 160/800mg) TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL.
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

IMPORTANTE: NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL CON EL ESPECIALISTA. PARA EVITAR ESTO, SE RECOMIENDA, UTILIZAR UNA BOLSA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA**

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL IBUPROFENO Y COMPRAr MIALGILOX (2/400MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE "RESPONES" , REALICE CURACIONES CON ISODINE, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.12.31-08:30:47 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SE VALORA Y EXAMINA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DX ANOTADOS; QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO AFEBRIL CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE ATIENDE ORDEN DE ESPECIALIDAD TRATANTE Y SE CIERRA H.C.

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.31-08:30:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.12.29 FIN: 2024.01.27

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Mario A. Saavedra Orjuela
Médico General
C.C. 17.109.643

DR@. MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
REG. MED: 14139653

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 17170

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -172431 Fecha 30/12/23

Nombre Paciente: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN 1117808184 Edad: 19 Sexo: M

Hora inicio 08:50 Hora fin: 09:30 Duraci¾n: 00:40 Tipo de Anestesia: BLOQUEO

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionPAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S682-AMPUTACION TRAUMATICA DE 3 Y 4 DEDOS A NIVEL DE FALANGE DISTAL (PARCIAL)	1. S682-AMPUTACION TRAUMATICA DE 3 Y 4 DEDOS A NIVEL DE FALANGE DISTAL (PARCIAL)

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
14103	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS)	FGR	1 - 1i Interv 100%
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	FGR	1 - 1i Interv 100%
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION :
NO APLICA

HALLAZGOS:
AMPUTACION DE 3ER Y 4TO DEDOS DE MANO IZQUIERDA A NIVEL DEL TERCIO MEDIO DE LA FALANGE DISTAL CON ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADAS CON TIERRA .

DESCRIPCION QUIRUGICA:
PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMNADO Y LISTA DE CHEQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA REGIONAL, SE PRACTICO; DESBRIDAMIENTO DE PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PERIOSTIO MACERADOS Y CONTAMINADIOOS. A SEGUIR SE PRACTICO CURETAJE DE LOS FRAGMENTOS PROXIMALES DE LAS FALANGES DISTALES DEL 3ER Y 4TO DEDOS PARA EXTRACCION DE MATERIAL CONTAMINANTE. SE LAVAN ABUNDANTEMENTE LAS HERIDAS CON SUERO FISIOLOGICO . FINALMENTE SE CIERRAN MUÑONES CON COLGAJO DE PIEL REGIONAL EN CADA DEDO. SE CUBREN CON GASA + MICROPORO.
NO COMPLICACIONES .

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. 12462-52

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1117808184

ADMISION N_: 172431

NOMBRE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN **Num. Id-:** CC 1117808184
FECHA NACIMIENTO: 2004.10.17 **EDAD:** 19 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.12.30 **HORA DE INGRESO:** 08:49:53 **Fecha/Hora de registro:** 2023.12.30 08:49
DIRECCION: VEREDA LOS RIOS **CIUDAD:** BARAYA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3135646069
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** DIANA MARCELA MONTES
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.12.30

<< REGISTRO: 08:49:53 >> (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 DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO IZQUIERDA

REVISION POR SISTEMA

NORMALES

ANTECEDENTES

--><<2023.12.29-22:11:44>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.U. 172428
PATOLOGICOS: NIEGA
QX: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS:NIEGA

** 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 RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQ AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS CON ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADA CON TIERRA .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1117808184

ADMISION N_: 172431

NOMBRE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN **Num. Id-:** CC 1117808184

FECHA NACIMIENTO: 2004.10.17 **EDAD:** 19 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.12.30 **HORA DE INGRESO:** 08:49:53 **Fecha/Hora de registro:** 2023.12.30 08:49

DIRECCION: VEREDA LOS RIOS **CIUDAD:** BARAYA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3135646069

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** DIANA MARCELA MONTES

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S682 AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS
SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

ANALISIS/PLAN

PLAN
DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO IZQUIERDA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.30-08:49:44 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX MANO IZQ AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDOS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.12.30 **HORA DE EGRESO:** 08:49:44 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-42

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:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE: Michael Steven Ulloa Incas EDAD: 19A SEXO: F ☐ M ☐

IDENTIFICACION: C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 1780918 4 DE:

FECHA DE ATENCION: 30-12-23

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA

CIRUGIA A REALIZAR: Desbridacion + aseo + Remocion de yeso en Cx

ANTECEDENTES: QX: ☐ PX: ☐ T-A: ☐ TX: ☐ AN: ☐

ESPECIFIQUE: Negados

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hcto. PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA PdeO EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: ☐ 123/66 ☐ 69 Fr ☐ 22 PESO ☐ KG TALLA ☐ CM

SENSORIO Consciente COMPLEXION media PROTESIS NO LENTES NO

APERTURA ORAL > 4 DISTANCIA MENTOGLOTICA > 2 MALLAMPAT II

NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
CABEZA/CUELLO:	✓		
TORAX: RsCS	✓		
RsRS	✓		Vendaje de yeso - 3ra y 4ta dedo de mano izquierda con herida de tipo
ABDOMEN:	✓		por confirmar
PELVIS:	✓		
GENITALES:	✓		
EXTREMIDADES:		✓	
NEUROLOGICO:	✓		

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: I CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. BAJO INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES: Monitoria cardiaca

OTROS LABORATORIOS:

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO PACIENTE

R.M. C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Alma	Inano	Michael Steve	11178081184

FECHA	EDAD	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
30 12 20	19A	H ☒ M ☐	164	64	I II III IV V E
Día Mes Año Hora	Años Meses Días				

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Uso			

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: Fracturas Sy y Pelvis una y en amputación proximal

OPERACION PROPUESTA Reconstrucción + Cirugía Miembro Inferior Izq

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

NO NO NO Colegio

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI ☐ NO ☐ VIA AEREA DIENTES CUELLO

IOT SI ☐ NO ☐ N N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO Nl Nada

RESUMEN Y PLAN

TIPO
- BLOQUEO
- PERIDURAL
- ESPINAL
- GENERAL

Reno Bloqueo del psoas izq Bupi Analg RLP

ESTADO PSICOLOGO Tranquilo

NECESITA SANGRE NO C.C.

PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION DORS

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 8:50

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA Nula

REFLEJOS Posit

MOTILIDAD Posit

RECUPERACION Ok

CONCIENCIA Ok

DIURESIS Ok

SENSIBILIDAD Ok

PIEL Nl a lab

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

TOTALES

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sala de recuperación bajo anestesia bloqueo sin complicaciones

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejor

FIRMA

10

EFECTOS PREMEDICACION:

O.P. ⬭ B ⬭ R ⬭ M ⬭

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG PREOPERATORIO Amputacion de 3 y 4 dedo mano izq

DIAG POSTOPERATORIO

CIRUGIA Debridamiento + Cierre + Plastia de cobertura

ANESTESIOLOGOS [illegible] CIRUJANOS [illegible] - M Bueno

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO mano GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA ____ EPIDURAL ____ ESPINAL ____ ESPACIO ____ NIVEL ____ AGUA ____

POSICION

REPARACION

CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No	▽
I NT No	
E OT No	△
E NT No	
PULSO	●
RESPIRACION	○
T.A.	XX
INDUCCION	Ø
INICIACION Y FINALIZACION	◉
NEONATO MASC FEM.	♂ a
PVC	XXX
T°	
TORNIQUETE	■
ECG	∧∧∧
1 AL 5	LIQUIDOS
6 AL 16	DROGAS

MORA

AGENTES

1 [illegible] 2 [illegible] 3 [illegible]

4 [illegible] 5 [illegible]

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 [illegible]

7 [illegible]

8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6 35	7 60	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO Consciente

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO Consciente

OBSERVACIONES:

Ingresa sin [illegible] del [illegible] mano + Bzas

No [illegible]

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,30-Ene-2024 15:44:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.12.2 21:35

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 19 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN 1 NIVEL I BARAYA VEREDA LOS RIOS 3135646069

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.12.30	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LLR	10.00
2023.12.30	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.12.30	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2023.12.30	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	5.00
2023.12.30	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2023.12.30	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2023.12.30	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	LLR	2.00
2023.12.30	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2023.12.30	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2023.12.30	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2023.12.30	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2023.12.30	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	2.00
2023.12.30	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	4.00
2023.12.30	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	1.00
2023.12.30	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	4.00
2023.12.30	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	4.00

PACIENTE: 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN **EDAD:** 19

DIRECCION: VEREDA LOS RIOS **TELEFONO:** 3135646069

ENTIDAD: ATI501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-60893 **FECHA SINIESTRO:** 2023.12.29 **Nº POLIZA:** 8101463700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 30 de diciembre de 2023						
14:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
14:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	CPMI	
14:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPMI	
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	CPMI	
16:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
16:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	CPMI	
16:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	
22:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	CPMI	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPMI	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	CPMI	

TOTAL SUMINISTRADO: 31.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 31 de diciembre de 2023						
00:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	MLD	
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	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MLD	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MLD	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
08:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	DANI	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	DANI	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 23.00

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10049565
29/12/2023 19:21:00
Historia Clínica No.
1117808184

IDENTIFICACION

Paciente : MICHAEL STIVEN CULMA LIZCANO
Identificación No.: CC No. 1117808184
Entidad: SEGUROS LA EQUIDAD
Fecha Nacimiento: 17 - oct. - 2004
Pais: COLOMBIA **Departamento:** HUILA **Ciudad:** BARAYA **Edad:** 19 Años **Sexo** M
Dirección: (RURAL) **Teléfonos:** 3135646069

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: viernes, 29 de diciembre de 2023 **Hora:** 19:07 **Paciente Llega por sus propios medios?** SÍ **Cual**
Acompañante:
Dirección: **Tel.** **Estado:**

En caso de accidente, intoxicación o violencia

Fecha: **Hora:**
Causa Básica que origina la atención **Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
ME CAI DE LA MOTO

Antecedentes

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, OCUPACION: MAYORDOMO DE FINCA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN LA VEREDA SAN JUAN, DE BARAYA - HUILA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
Qx: NIEGA
TOXICOALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

PACIENTE NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA CON COVID 19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, DOLOR EN EL PECHO, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA.

REVISION POR SISTEMAS

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FISICO

Presión Arterial: 120 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 74 //Temperatura: 37 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 60 //Talla: 165 //I.M.C.: 22.04 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 80

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, ALGICO *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES; 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, PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA, 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, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, ROT ++/++++, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS. *Psiquiátrico: Normal

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10049565
29/12/2023 19:21:00
Historia Clínica No.
1117808184

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado1: (S626)FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado2: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Conducta a seguir:
- TAPON VENOSO
- CEFRADINA 2 G IV, DOSIS UNICA
- DICLOFENACO, APLICAR 75 MG IM, AHORA
- TOXOIDE TETANICO, APLICAR 1 AMPOLLA SC, DOSIS UNICA
- CURACION DEL 3 Y 4 DEDO DE LA MANO IZQUIERDA
- INICIAR TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA
- PROTOCOLO PREVENCION DE CAIDAS
- PROTOCOLO PREVENCION DE ULCERAS DE PRESION
- PROTOCOLO PREVENCION DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
- CONTROL DE SIGNOS VITALES – AVISAR CAMBIOS

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
157645 - SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON (MEDICINA GENERAL) Fecha: 29/12/2023 Hora: 19:35

1 - Diclofenaco 75mg/3ml Solucion inyec 75mg SOLUCION INYECTABLE 75 MG IM
2 - Cefradina Polvo para reconstituir 1 g ampolla 1gr POLVO PARA RECONSTRUIR 2 G IV
3 - Toxoide Antitetanico 10mg 1 AMPOLLA SC
4 - JERINGA DESECHABLE 10 ML 10ML PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
5 - JERINGAS DE INSULINA 1 ML 1ml INYECTABLE PARA ADMINISTRAR TOXOIDE
6 - CURACION (PEQUEÑA)
7 - Tapon Hepanimizado 0 PARA CANALIZAR PACIENTE
8 - Cateter Intravenoso Nro 18 0 PARA CANALIZAR PACIENTE

Sandra Patricia Trujillo Calderón ATENCION ABIERTA

SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 55159377
Firma profesional que da ingreso al paciente

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180159
Trans. 2 No. 8-10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10011164
Historia Clínica No.
1117808184

Fecha de remisión viernes, 29 de diciembre 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
MICHAEL STIVEN CULMA LIZCANO	CC: 1117808184	17-oct-2004	COLOMBIA	HUILA	BARAYA	19 Años	M

Dirección: , RURAL
Teléfonos: 3135646069 **Departamento** HUILA **Ciudad** BARAYA **Zona** U

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad SEGUROS LA EQUIDAD **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE
Nombre responsable:
Dirección de residencia:
Departamento: 00
Documento: CC:
Teléfono:
Ciudad: 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	viernes, 29 de diciembre de 2023	**Fecha de Egreso:**	viernes, 29 de diciembre de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	19:37	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Urgente

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
ME CAI DE LA MOTO

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, OCUPACION: MAYORDOMO DE FINCA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN LA VEREDA SAN JUAN, DE BARAYA - HUILA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
Qx: NIEGA
TOXICOALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

PACIENTE NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA CON COVID 19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, DOLOR EN EL PECHO, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA.

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, ALGICO *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES; PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. *Dorsolumbar: Normal y sin

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180159
Trans. 2 No. 8-10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10011164
Historia Clínica No.
1117808184

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, PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA, 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, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, ROT ++/++++, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS. *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 120 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 74 //Temperatura: 37 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 60 //Talla: 165 //I.M.C.: 22.038567493113 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Principal (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado1: (S626)FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado2: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Diagnóstico por el cual se remite: S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, 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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.117.808.184

Apellidos
CULMA LIZCANO

Nombres
MICHAEL STEVEN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.64	M

Fecha de nacimiento | G.S.
17 OCT 2004 | A+

Lugar de nacimiento
SAN VICENTE DEL CAGUAN (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
17 NOV 2022, RIVERA

Firma
Michael Culma

Fecha de expiración
17 NOV 2032

009671773

ICCOL009671773619064<<<<<<<<<<
0410173M3211175COL1117808184<5
CULMA<LIZCANO<<MICHAEL<STEVEN<

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022170974

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PBM27F	HONDA	XR150L	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	BLANCO AZUL	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
KD07E2484216	N	9FMKD0723NF000450

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMKD0723NF000450	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
VALENZUELA CARDOSO ANDERSON M.	C.C. 83222497

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	CILINDRAJE	POTENCIA HP
******	******	13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT	PUERTAS
982020000096653	I	16/12/2020	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
03/02/2021	03/02/2021	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT020006289199

SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑO CORPORAL CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO MES DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO MES DÍA
2023-02-06	2023-02-07	2024-02-06

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8101463700	PBM27F	MOTOS	PARTICULAR	149	2022

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	HONDA	

LÍNEA VEHÍCULO	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
XR150L	KD07E2484216	9FMKD0723NF000450	9FMKD0723NF000450	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VALENZUELA CARDOSO, ANDERSON MAURICIIO	3114986870	CC	83222487	BARAYA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911006739012	0	BARAYA

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
	701,68 [2]	VALOR
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	8,77	TRIBUTARIO (UVT)
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	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 al 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 las otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63734 fechada el dia 24.09.13 cuyo paciente es CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

HISTORIA No. 1117808184

GLOSA No: ZGL-1-48578 **SINIESTRO:** 63734

Recibido! 28 de Octubre del 2024 20310303

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 55100.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 55100.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 55100.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 55100.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63734 fechada el dia 24.09.13 cuyo paciente es CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

HISTORIA No. 1117808184

GLOSA No: ZGL-1-48578 **SINIESTRO:** 63734

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	55100.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	55100.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	55100.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

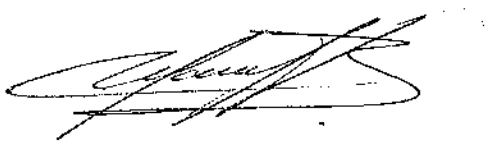
- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	55100.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	3,684,033.00
VALOR GLOSADO :	110200.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	110200.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 21 OCT

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305089	**No.**	190390	**Siniestro**	90733501	**No. Factura**	FEC163734

Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	29/12/2023	**Fecha aviso**	13/02/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	810146370	**Vigencia**	07/02/2023	**hast**	06/02/2024

Id tomador	83222487	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1117808184	**Nombre**	MICHAEL STEVEN CULMA LIZCANO
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S611		**Ciuda** NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
2	15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL		100%, 100%	585,600	0	585,600
2	39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 07		100%, 100%	345,100	0	345,100
2	39118	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 07		100%, 100%	154,400	0	154,400
2	39209	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 07		100%, 100%	942,200	0	942,200
2	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%, 100%	645,700	0	645,700
1	14103	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA, FALANGES (UNA A DOS)		100%	80,200	0	80,200
1	39102	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 04		100%	57,700	0	57,700
1	39206	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 04		100%	141,400	0	141,400
1	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06		100%	119,300	0	119,300
1	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	312,600	0	312,600
1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	55,100	55,100	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	55,100	55,100	0
1	77702	INSUMOS	EE. NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.$600		9,000	600	8,400
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	180,633	0	180,633

1001	Cobrado	3,684,033
1002	Obj. Parcial	110,800
1003	Liquidado	3,573,233

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:47:41 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. FEC163734

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
56b62dcce0cdc3dda79611f4c45f41c17d8b527c23636f29c07aa73592678bec32a2a697482ae1b2d2c333d80bc282fb

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3684033

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-13 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
708cc2bdfa09122a60f43b9d6bb1b26b657ce9a432c4e9870400ed4e53e0008167e8a72b993e79f72b2acd7065436a45

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-13 11:50:31.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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. FEC163734

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
56b62dcce0cdc3dda79611f4c45f41c17d8b527c23636f29c07aa73592678bec32a2a697482ae1b2d2c333d80bc282fb

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
d4934cba094f86fc536b9cd7d66c58a7a36477c1e0822e9c184985112ddc0bf482c0d0c697c30fcab6a95437da385fce

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-13 11:59:41.000 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:
b8ce371577aeb99e5c74dcf03a63a35a5f763bcc2a286f651c2bc3cf2b38aade1a1e0262db37e1fc83eed62b8cbc54d1

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:57:47.000 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 7 de 02 de 2025 a las 02:47:41 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. FEC163734

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
56b62dcce0cdc3dda79611f4c45f41c17d8b527c23636f29c07aa73592678bec32a2a697482ae1b2d2c333d80bc282fb

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
6d9d33b42cfeaf836b463c1f60c84bf1b5065a2e6ea84cf7ce985c8b68e79b8296b675131efc6d81bcee13ae09f0e25f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:57:57.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/7/2025 -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 ,2024.09.13	11:51:07	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63735

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: 173193,173206,173989,174007

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.01.15 - 10:01	2024.01.29 - 12:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN EDAD : 19 Años
DIRECCION: VEREDA LOS RIOS BARAYA TELEFONO: 3135646069
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								12	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775-01	ISODINE SOLUCION								20	0	0
19933606-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								20	0	0
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.01.15	890302		FGR				1	71,500	71,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.01.29	890302		FGR				1	71,500	71,500
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.01.15	S22101		ADM				1	29,300	29,300
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.01.29	S22101		EMF				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	211,384	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	211,384

SON: DOSCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.13 11:51:37 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 CA... ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.1...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De... Fecha... por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has... -00080000 AUTORIZA...

Recibido!
27 de Septiembre del 2024
20305090

25
12

Cufe: 6c9ed994c530192fa271704dfe4e52a8bc4ec6ce95e8ff2d1649187a5220f...5dad8992...10...7ed70863cada954a0

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.359.451 - 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 ,2024.09.13	11:51:07	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63735

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 173193,173206,173989,174007
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.01.15 - 10:01 2024.01.29 - 12:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN EDAD : 19 Años
DIRECCION: VEREDA LOS RIOS BARAYA TELEFONO: 3135646089
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								12	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0,9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775-01	ISODINE SOLUCION								20	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								20	0	0
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.01.15	890302		FGR				1	71,500	71,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.01.29	890302		FGR				1	71,500	71,500
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.01.15	S22101		ADM				1	29,300	29,300
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.01.29	S22101		EMF				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO: 211,384 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR $ 211,384

SON: DOSCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.13 11:51:37 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 6c9cd994c530192fa271704dfe4eb2a8bc4ec6ce95e8ff2d1649187a5220f05dad892925a404a647ed70863cada954a0

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:	63735
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 201,600
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 9,784
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.13	11:51:07	2024.10.13

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63735

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 173193,173206,173989,174007

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.01.15 - 10:01	2024.01.29 - 12:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN EDAD : 19 Años

DIRECCION: VEREDA LOS RIOS BARAYA TELEFONO: 3135646069

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								12	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775-01	ISODINE SOLUCION								20	0	0
19933606-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								20	0	0
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.01.15	890302		FGR				1	71,500	71,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.01.29	890302		FGR				1	71,500	71,500
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.01.15	S22101		ADM				1	29,300	29,300
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.01.29	S22101		EMF				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	211,384	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	211,384

SON: DOSCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.13 11:51:37 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: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 6c9ed994c530192fa271704dfe4e52a8bc4ec6ce95e8ff2d1649187a5220f05dad892925a404a647ed70863cada954a0

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

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}:

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63735

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
CULMA	LIZCANO

1er.Nombre	2do.Nombre
MICHAEL	STEVEN

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1117808184

De: 41078 Fecha de Nacimiento: 17/10/2004 Sexo: F M[X] O

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3135646069

Municipio: BARAYA Cod. 078

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 [ ]
Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 10 VIA BARAYA COLOMBIA

Fecha Evento/Accidente: 29/12/2023 Hora: 15:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: BARAYA Cod. 078 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PBM27F, PIERDE ELCONTROL DE LA MOTO AL COGER UNA PIEDRA 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. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: HONDA Placa: PBM27F

Tipo de Vehiculo: Automovil [ ] Bus [ ] Buseta [ ] Camion [ ] Camioneta [ ]
Campero [ ] Microbus [ ] Tractocamion [ ] Motocicleta [X] Motocarro [ ]
Mototriciclo [ ] Cuatrimoto [ ] Moto extranjera [ ] Vehic. Extranjero [ ] Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8101463700

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 07/02/2023 Hasta: 06/02/2024

27

28

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
VALENZUELA	CARDOSO

1er.Nombre	2do.Nombre
ANDERSON	M.

Documento de identidad: CC [X] CE NIT CD PT PE SC DE TI — No. Documento 83222487

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: BARAYA Cod. 078 Telefono: 3135646069 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CULMA	LIZCANO

1er.Nombre	2do.Nombre
MICHAEL	STEVEN

Tipo de Documento: CC [X] CE AS MS PA RC TI PT PE SC CD DE — No. Documento 1117808184

Direccion: VEREDA LOS RIOS

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3135646069

Municipio: BARAYA Cod. 078

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [X] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: 29/12/2023 a las 19:37

Prestador que remite: ESE HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO Codigo de inscripcion: 410780035201

Direccion: AVE 2 # 8-10 Telefono: 8788649 HUILA-BARAYA

Profesional que Remite: SANDRA PATRICIA TRUJILLO Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 29/12/2023 a las 19:52

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Codigo de inscripcion: 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 Telefono: 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: OSCAR ALEXIS RODRIGEZ MENESES Cargo: MEDICO GENERAL Placa Ambulancia:

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 Basica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R [ ]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 15/01/2024 a las 10:01

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 29/01/2024 a las 12:40

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE

Diagnostico relacionado de Egreso

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
OSCAR	ALEXIS

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
RODRIGUEZ	MENESES

Tipo Documento CC [X] CE PA PT PE — No. Documento 1031151920

N·mero de Registro de Medico 1031151920

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	211384	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.12.29	HORA DE INGRESO: 21:35
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA	FECHA DE EGRESO: 2024.01.29	HORA DE EGRESO: 12:40
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

CONFIRMADO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.12.29-22:11:44 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PBM27F, PIERDE ELCONTROL DE LA MOTO AL COGER UNA PIEDRA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 21+36
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE BARAYA, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 167 PESO: 65 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL SIN ALTERACIONES
<<CUELLO>>
SIMÉTRICO, SIN DOLOR, NO LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SIGNOS DE TRAUMA
<<TORAX>>
NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS
<<GENITOURINARIO>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS
<<PELVIS>>
SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA EN LAS 4 EXTREMIDADES, PULSOS DISTALES POSITIVOS, AMPUTACION DE FALANGE DISTAL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, SANGRADO EN CAPA, CON LESION SEVERA DE LECHO UNGUEAL.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++),
<<PIEL>>
LO PREVIAMENTE DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA AMPUTACION DE FALANGE DISTAL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SEVERO COMPROMISO DEL LECHO UNGUEAL, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, ANTIBIOTICO, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

SE REALIZA LAVADO PROFUSO CON ISODINE Y SSN 2000 CC, SE DEJAN CUBIERTAS LESIONES.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA

** PLAN DE MANEJO:
- NVO
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- PREVENIR CAIDAS.
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- USO DE MASCARCILLA CONSTANTE
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: LAVADO 2000 CC, LEV 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.12.29-23:02:48 MEDICO: / (AUXIL. ZGS - SALMA ZULUAGA GIRALDO - C.C. 1003828738 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:12 / 22:18 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: SALMA ZULUAGA GIRALDO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE HERIDAS LAS CUALES SE OBSERVA AMPUTACION DE FALANGE DE 3RO Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SANGRADO ACTIVO EN CAPA + LESION DE GRAN MAGNITUD DE LECHO UNGUEAL SE OBSERVA SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION AGUDA , CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA JUNTO CON MEDICO GENERAL SE REALIZA BARRIDO CON 2000CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASAS IMPREGNADAS CON ISODINE SOLUCION + VENDAJE ELASTICO 4X5 Y 5X5 A PRESION PARA GENERAR HEMOSTACIA.

*** FECHA: 23.12.29-23:44:43 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA: CALIDAD LIMITADA POR VENDAJES, NO FRACTURAS, NO FISURAS APARENTES.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

HEMOGRAMA: LEUC:9520, NEUT:53.9, LINF:26.6, HGB:14.7, HTO:41.9, PLAQ:195.000
BUN:15
GLUCOSA:101
CREATININA:0.7
PT:15.8, INR:1.21, PTT:30.5

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SIN LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GLUCOSA ALEATORIA NORMAL.

*** FECHA: 23.12.30-06:17:44 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 23:00 / 23:20 DURACION: 00:19

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA,SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.12.30-06:21:45 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE REALIZA BLOQUEO TRONCULAR A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, COMO MANEJO ANALGESICO COMPLEMENTARIO, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO, PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES.

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION CON YUGO A NIVEL DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA,SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.12.30-08:00:17 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORTOPEDIA, SE TRASLADA A ESTA UNIDAD.

*** FECHA: 23.12.30-08:00:19 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.30-08:00:08 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.12.30-08:49:53 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 DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO 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 : MANO IZQ AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS CON ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADA CON TIERRA .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX MANO IZQ AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDOS

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO IZQUIERDA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.30-08:49:44 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

*** FECHA: 23.12.30-08:50:12 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 DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO 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 : MANO IZQ AMPUTACION PARCIAL DE FALANGE DISTAL DE 3 Y 4 DEDIOS CON ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADA CON TIERRA .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMEINTO DE HERIDA MAS CURETAJE DE FALANGE DISTAL MAS CIERRE DE MUÑON DE AMPUTACION DE 3 Y 4 DEDOS MANO IZQUIERDA

*** FECHA: 23.12.30-08:55:37 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 08:50 / 09:30 DURACION: 00:40

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, FALANGES (UNA A DOS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 17170
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION :
NO APLICA

HALLAZGOS:
AMPUTACION DE 3ER Y 4TO DEDOS DE MANO IZQUIERDA A NIVEL DEL TERCIO MEDIO DE LA FALANGE DISTAL CON ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADAS CON TIERRA .

DESCRIPCION QUIRUGICA:
PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMNADO Y LISTA DE CHEQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA REGIONAL, SE PRACTICO; DESBRIDAMIENTO DE PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PERIOSTIO MACERADOS Y CONTAMINADIOOS. A SEGUIR SE PRACTICO CURETAJE DE LOS FRAGMENTOS PROXIMALES DE LAS FALANGES DISTALES DEL 3ER Y 4TO DEDOS PARA EXTRACCION DE MATERIAL CONTAMINANTE. SE LAVAN ABUNDANTEMENTE LAS HERIDAS CON SUERO FISIOLOGICO . FINALMENTE SE CIERRAN MUÑONES CON COLGAJO DE PIEL REGIONAL EN CADA DEDO. SE CUBREN CON GASA + MICROPORO.
NO COMPLICACIONES .

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.12.30-09:37:55 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
HOSPITALIZAR
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.30-09:37:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 24.01.15-10:01:25 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL DE DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE DE FALANGE DISTAL DE 3° Y 4° DEDOS MANO IZQUIERDA + CIERRE DE MUÑONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUEIN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 29 DE DICIEMBRE DEL 2023 CON DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE DE FALANGE DISTAL DE 3° Y 4° DEDOS MANO IZQUIERDA + CIERRE DE MUÑONES

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/75 FC: 70 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA: COLGAJOS CICATRIZADOS EN 3-4 DEDOS LECHO UNGUEAL DE 3° DEDO GRANULADO SIN SIGNOS DE INFECCION
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
TERAPIA EN CASA

16

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS

*** FECHA: 24.01.15-10:21:03 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
** OTROS:

RETIRO DE PUNTOS AHORA EN 3° Y 4° DEDOS MANO IZQUIERDA

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.01.15-10:21:03 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.01.15-10:30:03 MEDICO: / (AUXIL. ADM - ADRIANA MOLINA RAMOS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:30 / 10:40 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:30 H// USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 19 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE LAVADO MAS DEBRIDAMIENTO DE AMPUTACIONES PARCIALES DE 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA + CURETAJE OSEO + COLGAJOS LOCALES EN CADA UNOS DE LOS DEDOS PARA CIERRE DEL DEFECTO (30/12/2023) CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

10:31 H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 2 CM APROXIMADAMENTE EN

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

MUÑONES DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

10:40 H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

*** FECHA: 24.01.29-12:01:03 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL DE DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE DE FALANGE DISTAL DE 3° Y 4° DEDOS MANO IZQUIERDA + CIERRE DE MUÑONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUEIN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 29 DE DICIEMBRE DEL 2023 CON DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE DE FALANGE DISTAL DE 3° Y 4° DEDOS MANO IZQUIERDA + CIERRE DE MUÑONES

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 70 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA: MUÑONES DE 3° Y 4° DEDOS CICATRIZADOS LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE DEDOS
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 3 MESES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 3 MESES

*** FECHA: 24.01.29-12:20:16 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

14

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ANALISIS PLAN:

** OTROS:

CURACION AHORA EN MANO IZQUIERDA
RETIRO DE PUNTOS AHORA EN MANO IZQUIERDA

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 3 MESES
INCAPACIDAD LABORAL
REINTEGRARSE A LABORAR SIN RESTRICCIONES AL TERMINAR INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.01.29-12:20:16 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: VEINTE (20) DIAS INICIO: 2024.01.28 FIN: 2024.02.16

***** FECHA: 24.01.29-12:30:05 MEDICO: / (AUXIL. EMF - EDNA MILENA FALLA MOTTA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 12:30 / 12:40 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: EDNA MILENA FALLA MOTTA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

12:30 HRS//USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 19 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE LAVADO MAS DEBRIDAMIENTO DE AMÚTACIONES PARCIALES Y 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

12:31 HRS// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 3 CM APROXIMADAMENTE EN 3 Y 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA ,EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 61663

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1117808184	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LOS RIOS		
FCHA.NACTO:	2004.10.17	EDAD:	19 A	CIUDAD:	BARAYA	TEL:	3135646069
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

12:40 HRS// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE

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. 4.251.582
R.M. Nº. 12442-42

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 173206

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -173206 **Fecha** 2024/01/15

Nombre Paciente: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN - 1117808184 **Edad:** 19 **Sexo:** M

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:
1. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

Diagn¾sticos Definitivos:
1. 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
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 09:01H// USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 19 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE LAVADO MAS DEBRIDAMIENTO DE AMPUTACIONES PARCIALES DE 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA + CURETAJE OSEO + COLGAJOS LOCALES EN CADA UNOS DE LOS DEDOS PARA CIERRE DEL DEFECTO (30/12/2023) CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

09:02H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 2 CM APROXIMADAMENTE EN MUÑONES DE 3ER Y 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

09:12H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Adriana Molina
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,30-Ene-2024 15:45:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.01.1 10:30

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 19 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1117808184	CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN	1 NIVEL I	BARAYA	VEREDA LOS RIOS	3135646069

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.01.15	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2024.01.15	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2024.01.15	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	1.00
2024.01.15	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2024.01.15	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00
2024.01.15	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	ADM	1.00

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 174007

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -174007 **Fecha** 2024/01/29

Nombre Paciente: CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN - 1117808184 **Edad:** 19 **Sexo:** M

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:
1. S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

Diagn¾sticos Definitivos:
1. S682-AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	EMF	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 10:05 HRS//USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 19 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE LAVADO MAS DEBRIDAMIENTO DE AMÚTACIONES PARCIALES Y 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

10:06 HRS// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 3 CM APROXIMADAMENTE EN 3 Y 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA ,EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

10:16 HRS// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Edna falla
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,30-Ene-2024 15:45:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** AMBULATORIA	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 43 CURACIONES	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.01.2	12:30
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	19 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1117808184 CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN	1 NIVEL I		BARAYA	VEREDA LOS RIOS	3135646069

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.01.29	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	EMF	10.00
2024.01.29	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	EMF	10.00
2024.01.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	EMF	6.00
2024.01.29	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	EMF	1.00
2024.01.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	EMF	1.00
2024.01.29	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	EMF	1.00

6

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10049565
29/12/2023 19:21:00
Historia Clínica No.
1117808184

IDENTIFICACION

Paciente : MICHAEL STIVEN CULMA LIZCANO
Identificación No.: CC No. 1117808184
Entidad: SEGUROS LA EQUIDAD
Fecha Nacimiento: 17 - oct. - 2004
Pais: COLOMBIA **Departamento:** HUILA **Ciudad:** BARAYA **Edad:** 19 Años **Sexo** M
Dirección: (RURAL) **Teléfonos:** 3135646069

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: viernes, 29 de diciembre de 2023 **Hora:** 19:07 **Paciente Llega por sus propios medios?** Sí **Cual**
Acompañante:
Dirección: **Tel.** **Estado:**

En caso de accidente, intoxicación o violencia

Fecha: **Hora:**
Causa Básica que origina la atención **Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
ME CAI DE LA MOTO

Antecedentes

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, OCUPACION: MAYORDOMO DE FINCA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN LA VEREDA SAN JUAN, DE BARAYA - HUILA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
Qx: NIEGA
TOXICOALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

PACIENTE NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA CON COVID 19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, DOLOR EN EL PECHO, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA.

REVISION POR SISTEMAS

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FISICO

Presión Arterial: 120 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 74 //Temperatura: 37 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 60 //Talla: 165 //I.M.C.: 22.04 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 80

EXAMEN FISICO
*Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, ALGICO *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES; 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, PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA, 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, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, ROT ++/++++, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS. *Psiquiátrico: Normal

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10049565
29/12/2023 19:21:00
Historia Clínica No.
1117808184

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado1: (S626)FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado2: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Conducta a seguir:
- TAPON VENOSO
- CEFRADINA 2 G IV, DOSIS UNICA
- DICLOFENACO, APLICAR 75 MG IM, AHORA
- TOXOIDE TETANICO, APLICAR 1 AMPOLLA SC, DOSIS UNICA
- CURACION DEL 3 Y 4 DEDO DE LA MANO IZQUIERDA
- INICIAR TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA
- PROTOCOLO PREVENCION DE CAIDAS
- PROTOCOLO PREVENCION DE ULCERAS DE PRESION
- PROTOCOLO PREVENCION DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
- CONTROL DE SIGNOS VITALES – AVISAR CAMBIOS

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
157645 - SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON (MEDICINA GENERAL) Fecha: 29/12/2023 Hora: 19:35

1 - Diclofenaco 75mg/3ml Solucion inyec 75mg SOLUCION INYECTABLE 75 MG IM
2 - Cefradina Polvo para reconstituir 1 g ampolla 1gr POLVO PARA RECONSTRUIR 2 G IV
3 - Toxoide Antitetanico 10mg 1 AMPOLLA SC
4 - JERINGA DESECHABLE 10 ML 10ML PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
5 - JERINGAS DE INSULINA 1 ML 1ml INYECTABLE PARA ADMINISTRAR TOXOIDE
6 - CURACION (PEQUEÑA)
7 - Tapon Hepanimizado 0 PARA CANALIZAR PACIENTE
8 - Cateter Intravenoso Nro 18 0 PARA CANALIZAR PACIENTE

Sandra Patricia Trujillo Calderón ATENCION ABIERTA

SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 55159377
Firma profesional que da ingreso al paciente

6

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180159
Trans. 2 No. 8-10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10011164
Historia Clínica No.
1117808184

Fecha de remisión viernes, 29 de diciembre 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
MICHAEL STIVEN CULMA LIZCANO	CC: 1117808184	17-oct-2004	COLOMBIA	HUILA	BARAYA	19 Años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
, RURAL	3135646069	HUILA	BARAYA	U

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad SEGUROS LA EQUIDAD **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable:
Dirección de residencia:
Departamento: 00
Documento: CC:
Teléfono:
Ciudad: 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	viernes, 29 de diciembre de 2023	**Fecha de Egreso:**	viernes, 29 de diciembre de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	19:37	**Hora de Confirmación**	
Quien Confirma?		**Hora de Llegada**	
Conductor		**Placa Ambulancia**	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	**Prioridad de la Remisión**	Urgente

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
ME CAI DE LA MOTO

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, OCUPACION: MAYORDOMO DE FINCA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN LA VEREDA SAN JUAN, DE BARAYA - HUILA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
Qx: NIEGA
TOXICOALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

PACIENTE NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA CON COVID 19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, DOLOR EN EL PECHO, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA.

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÍSICO
*Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, ALGICO *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES; PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. *Dorsolumbar: Normal y sin

HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180159
Trans. 2 No. 8-10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10011164
Historia Clínica No.
1117808184

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, PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA, 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, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, ROT ++/++++, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS. *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 120 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 74 //Temperatura: 37 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 60 //Talla: 165 //I.M.C.: 22.038567493113 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Principal (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado1: (S626)FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- Relacionado2: (V299)MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, GUANTES, TAPABOCAS DE ALTO FLUJO, POLAINAS) Y PREVIO LAVADO DE MANOS, EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Diagnóstico por el cual se remite: S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE MASCULINO, DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE A LAS 15:30, MIENTRAS SE DESPLAZABA COMO CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA Y DE PLACAS PBM27F, POR EL KILOMETRO 10 VIA BARAYA - COLOMBIA, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO, CAYENDO AL PIDO Y QUEDANDO SU MANO IZQUIERDFA NAJO LA MOTOCICLETA, CON PSTERIOR SANGRADO MODERADO Y DOLOR INTENSO DEL AREA LESIONADA, POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTA INSTITUCION; PACIENTE NIEGA PERDIDA DE LA ALERTA, AMNESIA DEL EVENTO, VOMITO, CONVULSION O DESORIENTACION POSTERIOR. AL INGRESO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALGICO, CON PERIDA PARCIAL DE PIEL Y TEJIDO MUSCULAR DEL TERCER Y CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, DOLOROSOS A LA PALPACION, CON PERDIDA PARCIAL DE LA UÑA; ANTE LA POSIBLE FRACTURA DE LOS DEDOS LESIONADOS, Y TENIENDO HERDIDA ENAREA LESIONADA, SE CONSIDERA INICAIR MANEJO MEDICO Y TRAMITES DE REMISION A NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD, PARA VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA DE MANO Y / O CIRUGIA PLASTICA.

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, GORRO, 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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.117.808.184



Apellidos
CULMA LIZCANO

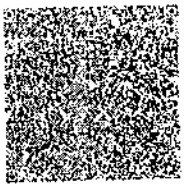
Nombres
MICHAEL STEVEN

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.64
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 17 OCT 2004
G.S: A+
Lugar de nacimiento: SAN VICENTE DEL CAGUAN (CAQUETA)
Fecha y lugar de expedición: 17 NOV 2022, RIVERA
Fecha de expiración: 17 NOV 2032

Firma



009671773



ICCOL009671773619064<<<<<<<<<<<
0410173M3211175COL1117808184<5
CULMA<LIZCANO<<MICHAEL<STEVEN<

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022170974

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PBM27F	HONDA	XR150L	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	BLANCO AZUL	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
KD07E2484216	N	9FMKD0723NF000450

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMKD0723NF000450	N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
VALENZUELA CARDOSO ANDERSON M.	C.C. 83222487

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	CILINDRAJE	POTENCIA HP
	******	13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	L/S	FECHA IMPORT	PUERTAS
662020000099653	L	16/12/2020	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP LIC TTO	FECHA VENCIMIENTO
03/02/2021	03/02/2021	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02006289199

2

SOAT

PÓLIZA DE EQUIPOS Y DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC AÑO MES DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO MES DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO MES DÍA
2023-02-06	2023-02-07	2024-02-06

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8101463700	PBM27F	MOTOS	PARTICULAR	149	2022

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	HONDA	
	LÍNEA VEHÍCULO: XR150L	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
KD07E2484216	9FMKD0723NF000450	9FMKD0723NF000450	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VALENZUELA CARDOSO, ANDERSON MAURICIIO	3114986870	CC	83222487	BARAYA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911006739012	0	BARAYA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 181700	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278200

FIRMA AUTORIZADA

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

[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 tramitar la institución prestadora de servicios de salud.

•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63735 fechada el dia 24.09.13 cuyo paciente es CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

HISTORIA No. 1117808184

GLOSA No: ZGL-1-48577 **SINIESTRO:** 63735

>> **ITEM GLOSADO 1:** BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	9784.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9784.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL CLORURO NO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN DERECHOS DE SALA PARA CURACION EL CLORURO ESTÁ CATALOGADO COMO UN MEDICAMENTO POR LO QUE SE DEBE PROCEDER AL PAGO DE ACUERDO AL ARTÍCULO 56 DEL DECRETO 2423/96 .SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Recibido!
28 de Octubre del 2024
20310523
equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	211,384.00
VALOR GLOSADO :	9784.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9784.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63735 fechada el dia 24.09.13 cuyo paciente es CULMA LIZCANO MICHAEL STEVEN

HISTORIA No. 1117808184

GLOSA No: ZGL-1-48577 **SINIESTRO:** 63735

>> **ITEM GLOSADO 1:** BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	9784.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9784.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL CLORURO NO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN DERECHOS DE SALA PARA CURACION EL CLORURO ESTÁ CATALOGADO COMO UN MEDICAMENTO POR LO QUE SE DEBE PROCEDER AL PAGO DE ACUERDO AL ARTÍCULO 56 DEL DECRETO 2423/96 .SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	211,384.00
VALOR GLOSADO :	9784.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9784.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305090	**No.**	190390	**Siniestro**	90733501	**No. Factura**	FEC163735		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	29/12/2023	**Fecha aviso**	13/02/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	810146370	**Vigencia**	07/02/2023	**hast**	06/02/2024
Id tomador	83222487	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1117808184	**Nombre**	MICHAEL STEVEN GULMA LIZCANO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S611					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
2	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%, 100%	143,000	0	143,000
2	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	58,600	0	58,600
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE CLORURO 500 $9784 INCLUIDO EN 39202	100%	9,784	9,784	0

1001	**Cobrado**	**211,384**
1002	**Obj. Parcial**	**9,784**
1003	**Liquidado**	**201,600**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:28:23 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. FEC163735

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6c9ed994c530192fa271704dfe4eb2a8bc4ec6ce95e8ff2d16491
87a5220f05dad892925a404a647ed70863cada954a0

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
211384

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-13 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
7928e183dd9ed08a8aa728e37ddcaec50f9c8b3b32abe23f0708
c9dfe91f37ae2f005bf1595cce9d29146d4f7d5da778

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-13 11:51:37.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:28:23 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. FEC163735

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6c9ed994c530192fa271704dfe4eb2a8bc4ec6ce95e8ff2d1649187a5220f05dad892925a404a647ed70863cada954a0

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
48170b6c682767c9cd0a5ab40a85132b17ed53d86a2d6e7c8757de82e9d95b8bf4517d98f404132660d8533867e887e2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-13 11:59:42.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
e8fde2521a9e4e05bdbe80003d937dfd2ee7b56eea475c79356dc96204b104dcdc63d021274f47e1a3c81e162d288a76

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:57:26.000 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 7 de 02 de 2025 a las 02:28:23 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. FEC163735

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-13 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6c9ed994c530192fa271704dfe4eb2a8bc4ec6ce95e8ff2d16491
87a5220f05dad892925a404a647ed70863cada954a0

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
d05a42ae7cc42ad0b69836e391ef371c0704e5e66ebbe7e0dd0
5bc4cf47a0de052cf172d620554291b8a53837aefcb28

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:57:36.000 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: 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: 2/7/2025 -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 ,2024.09.14	14:29:12	2024.10.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63773

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 183842

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.28 - 16:23	2024.07.28 - 17:47

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: RC - 1076518475 OSORIO RAMIREZ JULIANA EDAD : 2 Años

DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 NEIVA TELEFONO: 3209742635

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	700	700
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19977386-01	DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION								1	6,934	6,934
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19909164-02	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML								3	4,534	13,602
IMAGENES DX											
21701	CRANEO SIMPLE	2024.07.28	879111		SAP				1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.07.28	879131		SAP				1	758,200	758,200
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.28	890701		SAP				1	81,400	81,400
39202-1	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.28	S22101		EMF				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	1,585,928	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,585,928

SON:UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.14 02:29:45 PM

REPRESENTANTE LEGAL — Aceptada, LA ENTIDAD — FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.1...

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha 02... 12...7 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-000...5595 Ha... ...C1-00080000 Autorizo

Cufe: 38342342b6ecea225ffa0aeaba6ced83f79c8f0db7f1e476a4a4c62addcf7e46e0c2877678d00e8cab4f4eb54c847613

Recibido! 27 de Septiembre del 2024 20305093

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. ...f - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

20

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.14	14:29:12	2024.10.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63773

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 183842
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.28 - 16:23 2024.07.28 - 17:47

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1076518475 OSORIO RAMIREZ JULIANA EDAD : 2 Años
DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 NEIVA TELEFONO: 3209742535
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	700	700
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19977386-01	DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION								1	6,934	6,934
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19909164-02	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML								3	4,534	13,602
IMAGENES DX											
21701	CRANEO SIMPLE	2024.07.28	879111				SAP		1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.07.28	879131				SAP		1	758,200	758,200
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.28	890701				SAP		1	81,400	81,400
39202-1	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.28	S22101				EMF		1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	1,585,928	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,585,928

SON:UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.14 02:29:45 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 38342342b6ecea225ffa0acaba6ced83f79c8f0db7f1e476a4a4c62addcf7e46e0c2877679d00e8cab4f4eb54c847613

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

20

FACTURA:	63773
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 822,836
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 763,092
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.14	14:29:12	2024.10.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63773

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 183842

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.28 - 16:23	2024.07.28 - 17:47

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: RC - 1076518475 OSORIO RAMIREZ JULIANA EDAD : 2 Años

DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 NEIVA TELEFONO: 3209742635

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	700	700
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19977386-01	DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION								1	6,934	6,934
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19909164-02	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML								3	4,534	13,602
IMAGENES DX											
21701	CRANEO SIMPLE	2024.07.28	879111		SAP				1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.07.28	879131		SAP				1	758,200	758,200
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.28	890701		SAP				1	81,400	81,400
39202-1	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.28	S22101		EMF				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	1,585,928	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,585,928

SON: UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.14 02:29:45 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 38342342b6ecea225ffa0aeaba6ced83f79c8f0db7f1e476a4a4c62addcf7e46e0c2877679d00e8cab4f4eb54c847613

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

20

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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: PAOLA ANDREA YULE CHAVARRO

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG):

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63773

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
OSORIO	RAMIREZ

1er.Nombre	2do.Nombre
JULIANA	

Tipo de Documento: CC CE CN PA [X] RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1076518475

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 23/09/2021 Sexo: [X] F [ ] M [ ] O

Direccion: CALLE 12 CON CARRERA 23

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3209742635

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [ ] Conductor [ ] Peaton [X] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¼n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: CALLE 10 CON CARRERA 34

Fecha Evento/Accidente: 28/07/2024 Hora: 15:48

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA OPH87E, PIERDE EL CONTROL AL COLISIONAR CON UN POSTA Y CAE SUFIRNEO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: YAMAHA Placa: OPH87E

Tipo de Vehiculo:									
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta [ ]
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro [ ]
	Mototriciclo	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8119337700 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 15/11/2023 Hasta: 14/11/2024

23

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CORREDOR	DUSSAN
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
MARISELLA	
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — **No. Documento** 52284348

Direccion: CALLE 11 A N 28 75

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3124727706 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

ORTIZ	YAIMA
1er.Apellido	2do.Apellido
KATHERINE	
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — **No. Documento** 1075265679

Direccion: CALLE 11 A N 28 75

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3124727706

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: / / a las

Prestador que remite: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptacion: / / a las

Prestador que recibe: **Codigo de inscripcion:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:** **Placa Ambulancia:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·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 Basica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** [U] [R]

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 28/07/2024 a las 16:23

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 28/07/2024 a las 17:47

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Diagnostico relacionado de Egreso

PERDOMO	VARGAS
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
SERGIO	ANDRES
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — **No. Documento** 1075287614

N·mero de Registro de Medico 1075287614

22

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1585928	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institucion prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65425

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: OSORIO RAMIREZ JULIANA

DOC.IDENT: RC 1076518475 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23
FCHA.NACTO: 2021.09.23 EDAD: 2 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3209742635
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH:

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 HORA DE INGRESO: 16:23
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2024.07.28 HORA DE EGRESO: 17:47
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S097 - TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.28-16:48:06 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA OPH87E, PIERDE EL CONTROL AL COLISIONAR CON UN POSTA Y CAE SUFIRNEO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 16+21
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.
NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 90/65 FC: 118 FR: 22 TEMP: 36.4 TALLA: 90 PESO: 21 IMC: 26 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. DOLOR EN MACIZO FACIAL, NO DOLOR A LA APERTURA ORAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO PRESENTA SIGNOS DE DISNEA, NO DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, NO ALTERACION DE MECANICA RESPIRATORIA
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65425

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: OSORIO RAMIREZ JULIANA

DOC.IDENT:	RC 1076518475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2021.09.23	EDAD:	2 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>> .
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, EUTROFICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, INTERACCIONA CON EXAMINADOR, SIGUE CON LA MIRADA, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES DE FORMA SIMETRICAS, GLASGOW 15/15, IMPRESIONA CEFALEA INTENSA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR POR HALLAZGO DE CONTUSION EN REGION FRONTAL, NO PERDIDA DE LA CONSCIENCIA
<<PIEL>>
ABRASIONES SUPERFICIALES EN REGION FRONTAL CON EQUIMOSIS PERILESIONAL. ABRASIONES SUCIAS Y CONTAMINADAS EN LABIO SUPERIOR (PIEL Y MUCOSA ORAL)
<<FANERAS>>
NORMAL, SIN LESIONES

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE MAYOR DE EDAD
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- REVALORACION CON IMAGENES
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

NOTA: DURANTE LA VALORACION MEDICA ESTUVO PRESENTE LA MADRE (QUE TAMBIÉN INGRESA COMO PACIENTE) Y PERSONAL DE ENFERMERIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 10.5 CC VO DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65425

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: OSORIO RAMIREZ JULIANA

DOC.IDENT:	RC 1076518475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2021.09.23	EDAD:	2 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.28-17:26:58 MEDICO: / (AUXIL. EMF - EDNA MILENA FALLA MOTTA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 16:50 / 16:52 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: EDNA MILENA FALLA MOTTA

*** 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 ZONA FRONTAL Y EN LABIO SUPERIOR, 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

*** FECHA: 24.07.28-17:42:09 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS DE LA BASE LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, SIN DESVIACIONES, NO TRAZOS DE FRACTURA

TAC DE CARA: NO TRAZOS DE FRACTURAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 24.07.28-17:47:24 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, CON ESTUDIOS DE IMAGENES EN APARIENCIA NORMALES, EN EL MOMENTO ESTABLE, SIN DOLOR AGUDO, CURSA CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, SE CONSIDERA DAR MANEJO EN CASA, ANALGESICO, REPOSO, MEDIOS FISICOS, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A LA MADRE DE PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65425

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: OSORIO RAMIREZ JULIANA

DOC.IDENT:	RC 1076518475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2021.09.23	EDAD:	2 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** OTROS:

*** RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA DE TCE **

USTED HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, NO EXISTIENDO EN EL MOMENTO ACTUAL SIGNOS DE AFECTACIÓN NEUROLÓGICA QUE INDIQUEN GRAVEDAD EN EL PROCESO, PERMITIENDO SU ESTADO ACTUAL SER DADO DE ALTA.

SIN EMBARGO, DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE:

1. HASTA POR 3 MESES USTED PUEDE PRESENTAR FALTA DE CONCENTRACIÓN, MAREOS, CANSANCIO, DOLOR DE CABEZA LEVE, TRASTORNOS DEL SUEÑO, IRRITABILIDAD, ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO.
2. PUEDEN APARECER EN EL TRANSCURSO DE LAS PRÓXIMAS HORAS O DÍAS DE LA SALIDA DE LA CLINICA, NUEVOS SÍNTOMAS QUE INDIQUEN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES, INICIALMENTE NO PREVISIBLES.
3. EL PACIENTE DEBERÁ PERMANECER ACOMPAÑADO TRAS SU ALTA HOSPITALARIA DURANTE, AL MENOS LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS, PARA PODER DETECTAR CUALQUIER COMPLICACIÓN. SI DURANTE ESTE PERIODO APARECIERAN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (SIGNOS DE ALARMA) DEBERÁ ACUDIR INMEDIATAMENTE A LA CLÍNICA:

" SOMNOLENCIA O DIFICULTAD PARA DESPERTAR AL PACIENTE (EL PACIENTE DEBERÁ SER DESPERTADO CADA DOS HORAS DURANTE PERÍODOS DE SUEÑO).
" APARICIÓN DE NAUSEAS O VÓMITOS DE REPETICIÓN.
" CONVULSIONES.
" CONFUSIÓN O DISMINUCIÓN PROGRESIVA DEL NIVEL DE CONCIENCIA.
" DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PROGRESIVO, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
" PÉRDIDA DE FUERZA EN ALGUNA PARTE DE SU CUERPO.
" COMPORTAMIENTO EXTRAÑO.
" DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
" ALTERACIONES VISUALES (VISIÓN BORROSA, VISIÓN DOBLE ETC.) O APARICIÓN DE MOVIMIENTOS ANORMALES DE LOS OJOS, DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).
" SANGRADO O APARICIÓN DE LÍQUIDO ACUOSA POR ALGÚN OÍDO O LA NARIZ.

4. LO QUE NO PUEDE HACER:

" NO TOMAR NINGÚN TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS
" NO TOMAR MEDICAMENTOS QUE PUEDAN INDUCIR AL SUEÑO.
" NO HACER EJERCICIO
" NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS
" NO TRASNOCHAR
" NO ANDAR EN MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

** MEDICAMENTOS:

FORMULA MEDICA:

- CEFALEXINA 250 MG / 5 MG SUSPENSION: DAR 5.3 ML VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6 DIAS #2 FRASCOS

** ORDENES MEDICAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65425

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: OSORIO RAMIREZ JULIANA

DOC.IDENT:	RC 1076518475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2021.09.23	EDAD:	2 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CONTROL ABIERTO CON NEUROCIRUGIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML , CANT: 2, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 10.5 CC VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.28-17:47:14 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.07.28-17:48:24 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION CANT: 1 DAR 5.3CC CADA 6 HORAS POR 6 DIAS.

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S097 - TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Sergio A. Perdomo Vargas
Médico - USCO
C.C. 1.075.287.614
Sergio A. Perdomo Vargas

DR@. SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS
REG. MED: 1075287614

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183842

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183842 **Fecha** 28/07/2024

Nombre Paciente: OSORIO RAMIREZ JULIANA - 1076518475 **Edad:** 2 **Sexo:** F

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:
1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Diagn¾sticos Definitivos:
1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202-1	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	EMF	-

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 ZONA FRONTAL Y EN LABIO SUPERIOR, 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

Edna Milena.
QUIEN REALIZA

Ingrid Julieth Lamus.
FIRMA DE PACIENTE

19

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,31-Jul-2024 16:27:0

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:** 2024.07.2 16:23 .
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2 Años **Fecha Egreso :**
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1076518475 OSORIO RAMIREZ JULIANA 1 NIVEL I NEIVA CALLE 12 CON 3209742635

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.28	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	EMF	10.00
2024.07.28	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	EMF	10.00
2024.07.28	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	EMF	6.00
2024.07.28	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	EMF	1.00
2024.07.28	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	EMF	1.00

13

PACIENTE: 1076518475 OSORIO RAMIREZ JULIANA **EDAD:** 2

DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 **TELEFONO:** 3209742635

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64395 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.26 **Nº POLIZA:** 8119337700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 28 de julio de 2024					
16:49:00	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML	1.00	ORAL	DIA	MFA	
	SE ADMINISTRA ACETAMINOFEN 10,5CC VIA OAL SEGUN INDICACION MEDICA MENOR DE EDAD EN COMPAÑIA DE FLIAR.					
16:49:00	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1.00		DIA	MFA	
16:49:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -214685

FECHA EMISION:	2024.07.28
HORA:	17:49:18
PAGINA No:	1

USUARIO: OSORIO RAMIREZ JULIANA
FECHA DE PEDIDO: 28/07/2024
DOC.IDENT: RC 1076518475 CAMA: -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

BOD	REFERENCIA		DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	COA SUSPENSION	FRAS	DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION	1.00
			TOTAL CANTIDAD:	1.00

Ingrid Julieth.
Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -214652

FECHA EMISION:	2024.07.28
HORA:	17:49:51
PAGINA No:	1

USUARIO: OSORIO RAMIREZ JULIANA **FECHA DE PEDIDO:** 2024/07/28

DOC.IDENT: RC 1076518475 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	LAP ACETAMINOFEN JARA	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML	2.00
		TOTAL CANTIDAD:	2.00

Ingrid Juliana Ramirez

Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 80011018-1

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: OSORIO RAMIREZ JULIANA No. Identif. 1076518475 Edad. 2

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.07.28

FORMULA MEDICA

* DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION **Cant.:** 1.00 DAR 5.3CC CADA 6 HORAS POR 6 DIAS.

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

MEDICO	FARMACIA	PACIENTE
		Ingrid Tuhelh.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: OSORIO RAMIREZ JULIANA No. Identif. 1076518475 Edad. 2

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.07.28

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN JARABE 60 ML **Cant.:** 2.00 10.5 CC VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS

Sergio A. Perdomo Vargas
Médico - USCO
C.C. 1.075.267.211

Sergio A. Perdomo Vargas

MEDICO

FARMACIA

Ingrid Ramirez Ospina

PACIENTE

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.08
HORA:	16:37:56
PAGINA No:	1

Numero: 91813 Fecha Ex. 28/07/24 Hora 16:43
Nombre Paciente: 1076518475 OSORIO RAMIREZ JULIANA
Dirección: CALLE 12 CON CARRERA 23 Telefono:3209742635 Edad: 2 A Sexo: F
Medico: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierten aumento del diámetro trasverso de la bóveda craneana hacia los planos altos de las convencidades.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.
Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas esta conservado.
El puente nasal y el septum óseo no muestran alteraciones.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.
El aspecto de la articulación temporo mandibular y las ramas ascendentes del maxilar inferior no muestran cambios, tampoco se advierten otras irregularidades de los segmentos del maxilar inferior aparentes en el estudio.

CONCLUSION:
ESCANOGRAFIA DE LA CARA:
Dentro de 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, 28/07/2024

Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Ingrid Yulieth R identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Juliana Osorio, con identificación No. 1075 518 905, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde 28/07/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

Ingrid J. Ramirez Espina

HUELLA

Firma
Nombre: Ingrid Ramirez
c.c. 1075 284 613

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

6

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1076518475
NOMBRES	JULIANA
APELLIDOS	OSORIO RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/28/2024 17:36:57	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

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	1075265679
NOMBRES	KATHERINE
APELLIDOS	ORTIZ YAIMA
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	01/04/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/31/2024 15:18:25	**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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030598682

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
OPH87E	YAMAHA	YW125FI	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
125	NEGRO GRIS VERDE	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR
E3V3E011083

REG: N

VIN: 9FKSEB627J2011083

NÚMERO DE SERIE
******

REG: N

NÚMERO DE CHASIS: 9FKSEB627J2011083

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
CORREDOR DUSSAN MARISELLA

IDENTIFICACIÓN
C.C. 52284348

Powered by CamScanner

1308

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902017000135728

I/E
I

FECHA IMPORT.
14/07/2017

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
08/08/2017

FECHA EXP. LIC. TTO.
01/12/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT0700287552 3

Powered by CamScanner

RUNT 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:	**OPH87E**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10030598682**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**YAMAHA**	LÍNEA:	**YW125FI**
MODELO:	**2018**	COLOR:	**NEGRO GRIS VERDE**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**E3V3E011083**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FKSEB627J2011083**	NÚMERO DE VIN:	**9FKSEB627J2011083**
CILINDRAJE:	**125**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**08/08/2017**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8119337700	14/11/2023	15/11/2023	14/11/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
15391300000590	06/07/2021	07/07/2021	06/07/2022	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-63773 fechada el dia 24.09.14 cuyo paciente es OSORIO RAMIREZ JULIANA

HISTORIA No. 1076518475

GLOSA No: ZGL-1-48580 **SINIESTRO:** 63773

Recibido!
28 de Octubre del 2024
20310304
equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 758200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 758200.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA CON DOLOR EN MACIZO FACIAL. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CARA REALIZADO YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA, HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR MUY UTILES PARA LAS LESIONES OSEAS, HEMORRAGIAS, TUMORES ENTRE OTROS ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 4892.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 22/10/2024

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-63773 fechada el dia 24.09.14 cuyo paciente es OSORIO RAMIREZ JULIANA

HISTORIA No. 1076518475

GLOSA No: ZGL-1-48580 **SINIESTRO:** 63773

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 758200.00

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 758200.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA CON DOLOR EN MACIZO FACIAL. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CARA REALIZADO YA QUE LA IMAGEN OBTENIDA SE ENSAMBLA, HACIENDO QUE EL AREA SEA MAS FACIL DE ANALIZAR MUY UTILES PARA LAS LESIONES OSEAS, HEMORRAGIAS, TUMORES ENTRE OTROS ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 4892.00

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SE ANEXA SALA DE CURACION E INSUMOS UTILIZADOS

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DEPROCEDIMIENTO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA LA REALIZACION DE LA CURACION EN ABRASIONES QUE EL PACIENTE PRESENTABA A LAS CUALES SE LE HACE BARRIDO QUEDANDO LIMPIA Y DESCUBIERTA EL AREA AFECTADA. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,585,928.00
VALOR GLOSADO :	763092.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	763092.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 21 OCT 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20305093	**No.**	199517	**Siniestro**	90756496	**No. Factura**	FEC163773

Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	28/07/2024	**Fecha aviso**	03/08/2024	**Fecha recepción**	27/09/2024	
Fecha formalización	27/09/2024	**Fecha liquidación**	17/10/2024	**Póliza**	811933770	**Vigencia**	15/11/2023	**hast**	14/11/2024

Id tomador	26431452	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1076518475	**Nombre**	JULIANA OSORIO RAMIREZ
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S097	**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	690,900	0	690,900
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	NO SE RECONOCE 21706 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	758,200	758,200	0
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS			700	0	700
1	77701	MEDICAMENTOS	EE.NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN$ 4892, ,	100%	25,428	4,892	20,536

1001	**Cobrado**	**1,585,928**
1002	**Obj. Parcial**	**763,092**
1003	**Liquidado**	**822,836**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183842

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183842 **Fecha** 28/07/2024

Nombre Paciente: OSORIO RAMIREZ JULIANA - 1076518475 **Edad:** 2 **Sexo:** F

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:
1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Diagn¾sticos Definitivos:
1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202-1	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	EMF	-

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 ZONA FRONTAL Y EN LABIO SUPERIOR, 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

Edna Milena.
QUIEN REALIZA

Ingrid Julieth Ramirez.
FIRMA DE PACIENTE

19

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,31-Jul-2024 16:27:0

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:	2024.07.2 16:23
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	2 Años		Fecha Egreso :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:		MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1076518475 OSORIO RAMIREZ JULIANA	1 NIVEL I		NEIVA	CALLE 12 CON	3209742635

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.28	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	EMF	10.00
2024.07.28	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	EMF	10.00
2024.07.28	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	EMF	6.00
2024.07.28	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	EMF	1.00
2024.07.28	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	EMF	1.00

13

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:30:52 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. FEC163773

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
38342342b6ecea225ffa0aeaba6ced83f79c8f0db7f1e476a4a4c62addcf7e46e0c2877679d00e8cab4f4eb54c847613

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1585928

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-14 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
a71a691a1388719ec3513f991014d3961f0b499b88066c8029897e75afbb41acc51b46f8cffc12aab76e33632b2f76bd

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-14 02:29:44.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

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. FEC163773

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
38342342b6ecea225ffa0aeaba6ced83f79c8f0db7f1e476a4a4c62addcf7e46e0c2877679d00e8cab4f4eb54c847613

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
56d67c2d7ceb5a53f463c91d29f1ee29efc114eb9d860f2c95e47e62f5a60de8be0be05ef3e8aee8a46eb97c35cf789e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-16 02:42:52.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
3aacbc3f9e0a76f7897acdd9869b1945014aba804ef5374bdc68e3ffcc094bef2ccfac2216695de57e54980950eb4f7d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:56:24.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 7 de 02 de 2025 a las 02:30:52 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. FEC163773

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
38342342b6ecea225ffa0aeaba6ced83f79c8f0db7f1e476a4a4c62addcf7e46e0c2877679d00e8cab4f4eb54c847613

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
71606dc1308fea0d0673df6f68e2e403a325e91bac96b0641b06735da268955ae3ddbaf80fc60bdbf1d55313c9871637

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:56:33.000 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: 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: 2/7/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 62649-63773
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
2024-10-11	2024-10-11	0	28,17	36.300,00	36.300,00	0,00	36.300,00	0,00	0,00	36.300,00	0,00	0,00	0,00
2024-10-11	2024-10-11	1	28,17	1.679.200,00	1.715.500,00	1.166,88	1.716.666,88	0,00	1.166,88	1.716.666,88	0,00	0,00	0,00
2024-10-11	2024-10-11	0	28,17	951.992,00	2.667.492,00	0,00	2.667.492,00	0,00	1.166,88	2.668.658,88	0,00	0,00	0,00
2024-10-11	2024-10-11	0	28,17	15.192,00	2.682.684,00	0,00	2.682.684,00	0,00	1.166,88	2.683.850,88	0,00	0,00	0,00
2024-10-11	2024-10-11	0	28,17	90.400,00	2.773.084,00	0,00	2.773.084,00	0,00	1.166,88	2.774.250,88	0,00	0,00	0,00
2024-10-11	2024-10-11	0	28,17	1.121.030,00	3.894.114,00	0,00	3.894.114,00	0,00	1.166,88	3.895.280,88	0,00	0,00	0,00
2024-10-11	2024-10-11	0	28,17	136.100,00	4.030.214,00	0,00	4.030.214,00	0,00	1.166,88	4.031.380,88	0,00	0,00	0,00
2024-10-12	2024-10-18	7	28,17	0,00	4.030.214,00	19.189,36	4.049.403,36	0,00	20.356,24	4.050.570,24	0,00	0,00	0,00
2024-10-19	2024-10-19	0	28,17	3.192.088,00	7.222.302,00	0,00	7.222.302,00	0,00	20.356,24	7.242.658,24	0,00	0,00	0,00
2024-10-19	2024-10-19	1	28,17	122.400,00	7.344.702,00	4.995,84	7.349.697,84	0,00	25.352,08	7.370.054,08	0,00	0,00	0,00
2024-10-19	2024-10-19	0	28,17	181.300,00	7.526.002,00	0,00	7.526.002,00	0,00	25.352,08	7.551.354,08	0,00	0,00	0,00
2024-10-19	2024-10-19	0	28,17	120.092,00	7.646.094,00	0,00	7.646.094,00	0,00	25.352,08	7.671.446,08	0,00	0,00	0,00
2024-10-19	2024-10-19	0	28,17	98.116,00	7.744.210,00	0,00	7.744.210,00	0,00	25.352,08	7.769.562,08	0,00	0,00	0,00
2024-10-19	2024-10-19	0	28,17	5.092,00	7.749.302,00	0,00	7.749.302,00	0,00	25.352,08	7.774.654,08	0,00	0,00	0,00
2024-10-19	2024-10-19	0	28,17	249.506,00	7.998.808,00	0,00	7.998.808,00	0,00	25.352,08	8.024.160,08	0,00	0,00	0,00
2024-10-19	2024-10-19	0	28,17	1.413.892,00	9.412.700,00	0,00	9.412.700,00	0,00	25.352,08	9.438.052,08	0,00	0,00	0,00
2024-10-20	2024-10-27	8	28,17	0,00	9.412.700,00	51.219,88	9.463.919,88	0,00	76.571,96	9.489.271,96	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	2.552.092,00	11.964.792,00	0,00	11.964.792,00	0,00	76.571,96	12.041.363,96	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	1	28,17	678.400,00	12.643.192,00	8.599,85	12.651.791,85	0,00	85.171,82	12.728.363,82	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 62649-63773
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
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	57.000,00	12.700.192,00	0,00	12.700.192,00	0,00	85.171,82	12.785.363,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	127.692,00	12.827.884,00	0,00	12.827.884,00	0,00	85.171,82	12.913.055,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	1.453.992,00	14.281.876,00	0,00	14.281.876,00	0,00	85.171,82	14.367.047,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	2.094.900,00	16.376.776,00	0,00	16.376.776,00	0,00	85.171,82	16.461.947,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	580.092,00	16.956.868,00	0,00	16.956.868,00	0,00	85.171,82	17.042.039,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	1.484.692,00	18.441.560,00	0,00	18.441.560,00	0,00	85.171,82	18.526.731,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	52.000,00	18.493.560,00	0,00	18.493.560,00	0,00	85.171,82	18.578.731,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	110.800,00	18.604.360,00	0,00	18.604.360,00	0,00	85.171,82	18.689.531,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	9.784,00	18.614.144,00	0,00	18.614.144,00	0,00	85.171,82	18.699.315,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-28	2024-10-28	0	28,17	763.092,00	19.377.236,00	0,00	19.377.236,00	0,00	85.171,82	19.462.407,82	0,00	0,00	0,00
2024-10-29	2024-10-31	3	28,17	0,00	19.377.236,00	39.540,98	19.416.776,98	0,00	124.712,80	19.501.948,80	0,00	0,00	0,00
2024-11-01	2024-11-30	30	27,90	0,00	19.377.236,00	392.048,99	19.769.284,99	0,00	516.761,79	19.893.997,79	0,00	0,00	0,00
2024-12-01	2024-12-31	31	26,39	0,00	19.377.236,00	385.493,93	19.762.729,93	0,00	902.255,72	20.279.491,72	0,00	0,00	0,00
2025-01-01	2025-01-31	31	24,89	0,00	19.377.236,00	365.832,37	19.743.068,37	0,00	1.268.088,08	20.645.324,08	0,00	0,00	0,00
2025-02-01	2025-02-28	28	26,30	0,00	19.377.236,00	347.128,47	19.724.364,47	0,00	1.615.216,56	20.992.452,56	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 62649-63773
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	((1+TasaEfectiva)^(Períodos/DíasPeríodo))-1

RESUMEN LIQUIDACION

VALOR CAPITAL	$19.377.236,00
SALDO INTERESES	$1.615.216,56

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	**$20.992.452,56**

INFORMACION ADICIONAL

TOTAL ABONOS	$0,00
SALDO A FAVOR	$0,00

OBSERVACIONES

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 17/02/2025 - 15:28:44
Recibo No. H000107531, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN fgqPHJRv3V

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 17/02/2025 - 15:28:44
Recibo No. H000107531, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN fgqPHJRv3V

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: 17/02/2025 - 15:28:44
Recibo No. H000107531, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN fgqPHJRv3V

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.

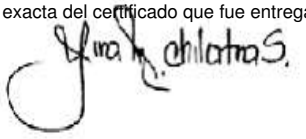
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

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.



Yira Marcela Chilatra Sanchez
Secretaria Jurídica

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
Sigla: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
Nit: 860.028.415-5
Domicilio principal: Bogotá D.C.

INSCRIPCIÓN

Inscripción No. N0817855
Fecha de Inscripción: 19 de julio de 1995
Último año renovado: 2024
Fecha de renovación: 7 de marzo de 2024
Grupo NIIF: Grupo I. NIIF Plenas.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Carrera 9A # 99-07, Torre 3, Piso 14
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop
Teléfono comercial 1: 6019172127
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.
Página web: HTTPS://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP/

Dirección para notificación judicial: Carrera 9A # 99-07, Torre 3 Piso 14
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop
Teléfono para notificación 1: 6019172127
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

Constanza del Pilar Pulentes Trujillo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Bogotá D.C. (1).

REFORMAS ESPECIALES

Por E.P. No. 1549 de la Notaría 17 de Santafé de Bogotá, del 12 de julio de 1.995, inscrita el 18 de julio de 1.995 bajo el No. 501127 del libro IX, la sociedad: SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO, se escindió dando origen a las sociedades: SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO Y SEGUROS DE VIDA LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO.

Por Escritura Pública número 0612 del 15 de junio de 1.999 de la Notaría 17 de Santafé de Bogotá D.C., inscrita el 12 de julio de 1.999 bajo el número 687777 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: "SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO" por el de: "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO" la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada LA EQUIDAD."

Por Escritura Pública No. 0991 de la Notaría 17 de Santafé Bogotá D.C. Del 1 de agosto de 2000, inscrita el 10 de agosto de 2000 bajo el número 740345 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada "LA EQUIDAD", por el de: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada "LA EQUIDAD GENERALES".

Por Escritura Pública No. 505 de la Notaría 17 de Bogotá D.C., del 09

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

de julio de 2002, inscrita el 29 de julio de 2002 bajo el número 837769 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada LA EQUIDAD GENERALES por el de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación alternativa LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Mediante Oficio No. 4273 del 17 de septiembre de 2013, inscrito el 26 de septiembre de 2013 bajo el No. 00136699 del libro VIII, el Juzgado 43 Civil del Circuito de Bogotá, comunicó que en el proceso ordinario responsabilidad civil extracontractual No. 11001310304320130050 3 de Esmeralda Prieto Velásquez, Yury Alejandra Prieto Velásquez, Gilma Velásquez, Diana Leonor Salcedo Velásquez, Wilson Enrique Salcedo Velásquez y Omar Norberto Salcedo Velásquez, contra ASPROVESPULMETA S.A., LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y Rafael Orlando Ortiz Mosquera, se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 01500 del 8 de septiembre de 2016, inscrito el 15 de septiembre de 2016 bajo el No. 00156128 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Granada Meta, en el proceso ordinario de responsabilidad civil extracontractual radicado No. 503133103001-2015-00248-00 de Edilson Orjuela Calderón contra COOTRANSARIARI, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y CÁNDIDA MOJICA REYES decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 2709 del 25 de octubre de 2016, inscrito el 26 de octubre de 2016 bajo el No. 00156849 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Roldadillo Valle, en el proceso verbal-R.C.E. Radicado No. 76-622-31-03-001-2016-00112-00 de Luz Dary Cardona Rojas contra COOPERATIVA TRANSPORTADORES OCCIDENTE y otro decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1709 del 15 de junio de 2017, inscrito el 18 de julio de 2017 bajo el No. 00161435 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Cartagena, comunicó que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual No.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

13001-31-03-005-2017-00119-00, de: Fátima Álvarez Jorge, contra: Jeidis Del Carmen Mestre Cogollo, Jorge Luis Guardo Mestre, COOPERATIVA INTEGRAL DE TRANSPORTE DE TURBACO (COOTRANSTUR) y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1798 del 24 de mayo de 2017 inscrito el 25 de julio de 2017 bajo el No. 00161567 del libro VIII, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil contractual No. 41001310300320170098000 se decretó la inscripción de la demanda.

Mediante Oficio No. 1357 del 01 de septiembre de 2017 inscrito el 15 de septiembre de 2017 bajo el No. 00163063 del libro VIII, el Juzgado Primero Promiscuo del Circuito de Corozal-Sucre, comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil No.2017-00015-00 se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 520 del 16 de marzo de 2018, inscrito el 22 de marzo de 2018 bajo el No. 00166987 del libro VIII, el Juzgado Promiscuo del Circuito de Planeta Rica - Córdoba, comunicó que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual rad: 00228-2017 de: Manuel Antonio Corpus Ortiz apdo Rafael Suñiga mercado contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y otros. Se decretó la inscripción de la demanda sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1341/2018-00065-00 del 21 de marzo de 2018, inscrito el 31 de marzo de 2018 bajo el No. 00167202 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Bucaramanga comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual de: Ana Lucia Aguilar Flórez, Ingri Paola Jaimes Aguilar, Yerli Andrea Jaimes Aguilar, Diego Armando Jaimes Aguilar, Cesar Augusto Jaimes Aguilar, Yenny Marisa Jaimes Aguilar y Yenifer Tarazona Ramírez representante legal del menor Jheysenberg Farid Jaimes Tarazona, contra: Sandra Monica Calderón Vega, COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL MEDIO MAGDALENA LTDA "COOTRANSMAGDALENA LTDA" representada por Juan Pablo Ayala o quien haga sus veces, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, representada legalmente por Yolanda Reyes Villar o quien haga sus veces; Juan David Rodríguez Plazas, SOCIEDAD VIGIA S.A.S, representada legalmente por Luis Alberto Echeverry Garzón, o quien haga sus veces; sociedad COLTEFINANCIERA S.A. Representada legalmente

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

por Héctor Camargo Salgar o, quien haga sus veces; SEGUROS DEL ESTADO S.A., representado legalmente por Jorge Mora Sánchez o, quien haga sus veces. Se decretó la inscripción de la demanda en el registro mercantil de la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0472 del 10 de abril de 2018, inscrito el 24 de abril de 2018 bajo el No. 00167642 del libro VIII, el Juzgado Primero Promiscuo del Circuito de Sabanalarga - Atlántico, comunicó que en el proceso ordinario de responsabilidad civil extracontractual no-0282-2017 de: Carlos Manuel Salazar Iglesias y otros contra: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE SABANALARGA, ATLÁNTICO "COOTRANSA LTDA" y otros, se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1781 del 15 de mayo de 2018, inscrito el 22 de mayo de 2018 bajo el No. 00168246 del libro VIII, el Juzgado 15 Civil del Circuito de Oralidad de Cali Valle, comunicó que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 76001310301520180005200 de: José Omar Londoño Echeverry, Shirley Ceballos Rodríguez, Maryuri Londoño Rodríguez, Juan Sebastián Hernández Ceballos y Nathalie Hernández Ceballos contra: Fabián Joven Mosquera, Gustavo Alberto Montoya Castaño y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1028 del 9 de julio de 2018, inscrito el 23 de julio de 2018 bajo el No. 00169849 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Lorica - Córdoba, comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 2018-00346 de: Neder Jerónimo Negrete Vergara, contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, GOSSAIN BARRIGA Y CIA S EN C y otro, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1506 del 21 de mayo de 2019, inscrito el 7 de Junio de 2019 bajo el No. 00177074 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Neiva (Huila), comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 41001-31-03-002-2019-00021-00 de: José Balmore Zuluaga García y otra, contra: Salomón Serrato Suarez y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 00940 del 19 de junio de 2019, inscrito el 27 de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Junio de 2019 bajo el No. 00177642 del libro VIII, el Juzgado 26 Civil del Circuito De Bogotá, comunicó que en el proceso verbal No. 2018-00331 de: Fernando Vásquez Pinilla CC. 5.644.996, Gloria Inés Saavedra Mantilla CC. 30.208.404, Jaime Márquez Pinilla CC. 5.644.578 y Blanca Nieves Rueda de Márquez CC. 37.797.696, contra: Gonzalo Gómez Isaza CC. 16.400.008, Blanca Inés Lopez Buitrago CC.24.765.873, Derly Llanira García Alvarez CC. 24.731.725, y las sociedades SUATOMOVIL S.A., y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1633 del 04 de junio de 2019, inscrito el 28 de Junio de 2019 bajo el No. 00177716 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso verbal (Responsabilidad Civil Extracontractual) No. 2019-60 de: Jose Luis Saldaña Olaya, Patricia Anzola Aguirre y Julián David Saldaña, contra: CARBONES Y TRANSPORTE DE SUTATAUSA S.A.S., LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y LEASING BANCOLOMBIA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1713 del 17 de julio de 2019, inscrito el 1 de Agosto de 2019 bajo el No. 00178804 del libro VIII, el Juzgado 44 Civil Municipal de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso de Responsabilidad Civil No. 11001400304420190576O0 de Rafael Andres Romero Bran C.C. No. 80130474 contra BIMOTOR CONCESIONARIOS S.A.S, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y BANCOLOMBIA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Que mediante Oficio No. 0891-19 del 12 de agosto de 2019, inscrito el 13 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179078 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Montería (Córdoba), comunicó que en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Contractual de Mayor Cuantía No. 23-001-31-03-001-2019-00216-00 de: Eder Luís Petro Rojas contra: INVERSIONES DE LA OSSA & ESPITIA TRANSPORTES LUZ y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 2676 del 10 de septiembre de 2019 inscrito el 29 de Octubre de 2019 bajo el No. 00180972 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Ipiales (Nariño), comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 2019-00068-00 de:

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Diana Yuncelly Martinez Bolaños, Contra: Jose Wilson Chacua Chalaca y Otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0866 del 28 de octubre de 2020, el Juzgado 1 Civil Municipal de Bucaramanga (Santander), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal (responsabilidad civil extracontractual) No. J01-88001-40-03-001-2020-00210-00 de: Carlos Mario Duque CC. 71.681.735, Contra: Orlando Ruiz Guevara CC. 91.234.425, Yisela Benitez Rivero CC. 63.340.983,SOCIEDAD DE PROPIETARIOS TRANSPORTADORES FLOTAX SAS y EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de Noviembre de 2020 bajo el No. 00186370 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 972 del 10 de diciembre de 2020, el Juzgado 2 Civil Municipal en Descongestión de Yopal (Casanare), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No. 850014003002-2019-1141 de Jose Victor Leon Bohorquez, Contra: Herber Alfonso España Aguirre CC. 17.859.329, Jairo Ernesto Prieto Rincon CC. 9.532.761, COCATRANS LTDA, EQUIDAD SEGUROS GENERALES, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 16 de Diciembre de 2020 bajo el No. 00186938 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 451 del 17 de septiembre de 2021, el Juzgado Civil Laboral del Circuito de Caucasia (Antioquia), inscrito el 6 de Octubre de 2021 con el No. 00192038 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal RCE No. 05 154 31 12 001 2021 00149 00 de Fader Antonio Ramos Aparicio CC. 98.655.664 y Ludys Mariela Romero Baldovino CC. 1.045.137.917, Contra: Jorge Aníbal Henao Henao, TRASMILENIO M&J SAS y otros.

Mediante Oficio No. 379 del 18 de noviembre de 2021, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Sincelejo (Sucre), inscrito el 29 de Noviembre de 2021 con el No. 00193607 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal - R.C.E por muerte en accidente de transito No. 700013103002-2021-00018-00 de Eduan De Jesus Romero Jimenez CC. 9.286.140 y Martha Inés Marriaga De Halo CC.30.774.883 (Padres de la Fallecida), Fallecida: Cinthia Estefany Romero Marriaga, Contra:

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

INVERSIONES TRANSPORTES GONZALEZ SCA y Kennis Divis Perilla Gaviria CC. 92.539.628, Huber Jose Gonzalez Salcedo CC. 92.501.384, Llamado en garantía LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.

Mediante Oficio No. 1911 del 7 de diciembre de 2021, el Juzgado 4 Civil del Circuito de Montería (Córdoba) inscrito el 10 de Diciembre de 2021 con el No. 00193895 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso ejecutivo singular No. 23-001-31-03-004-2021-00241-00 de Robin Segundo Perna Sejin C.C. 12.566.879, Ana Milena Galvan Peinado C.C. 22.705.244, Daniela Maury Galvan C.C. 1.067.955.844 y Lisney Maury Galvan C.C. 1.067.945.602 Contra: Jhony Alexis Poveda Casas C.C. 80.112.167, Daniela Puerta Giraldo C.C. 1.001.940.807 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

Mediante Oficio No. 0181-22 del 16 de marzo de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), inscrito el 6 de Abril de 2022 con el No. 00196732 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal De Responsabilidad Civil Extracontractual De Mayor Cuantía No. 23-001-31-03-001-2020-00175-00 de Andres Ramon Cavadia Padilla C.C. 30668719, Contra: INVERSIONES TRANSPORTES GONZÁLEZ SCA NIT 890400511-8, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT 860028415-5, Jaime Paternina Guerra C.C. 6876374, Jaime Alfonso Martínez Montiel C.C. 10771823.

Mediante Oficio No. 266 del 9 de mayo de 2022, el Juzgado 3 Civil Municipal de Tuluá (Valle Del Cauca), inscrito el 13 de Mayo de 2022 con el No. 00197366 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal No. 76-834-40-03-003-2022-00003-00 de Nilsa Victoria Ayala C.C. 38794781, Contra: Erika Lorena Cadavid Rodríguez C.C. 38794781 y otros.

Mediante Oficio No. 0395 del 21 de abril de 2022, el Juzgado 15 Civil del Circuito de Bogotá, D.C., inscrito el 15 de Julio de 2022 con el No. 00198449 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso declarativo (Responsabilidad Civil Extracontractual - Accidente de Tránsito) - Mayor Cuantía No. 2018-0331 de Luis Antonio Zúñiga CC. 4.655.016, quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hija Elizabeth Juliana Zúñiga Segura, Leonar Alexander Zúñiga Segura, CC.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

1.121.898.797, Cristian Felipe Zúñiga Segura, CC. 1.121.898.692, Camila Andrea Zuñiga Segura, CC. 1.006.820.023, Carmen Rosa Diaz de Segura CC. 24.248.834; Luis Ányelo Segura Diaz, CC. 96.194.770, Carmen Segura Diaz CC. 40.383.791, Gerardo Segura Diaz, C.C. 96.191.083, Maria Derly Segura Izquierdo C.C. 68.303.313, Jose Fernando Segura Diaz CC. 96.190.467, Nancy Segura Noguera, CC. 68.303.693 y Nancy Segura Diaz CC. 68.301.162 contra Carlos Prieto Arias CC. 226.377, Jhon Carlos Prieto Moya CC. 80.387.526, LA EQUIDAD SEGUROS OC., NIT. 860.028.415-5 y COOPERATIVA DE TRANSPORTES VELOTAX LTDA., NIT. 890.700.189-6.

Mediante Oficio del 27 de septiembre de 2022, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Santa Marta (Magdalena), inscrito el 31 de Octubre de 2022 con el No. 00200810 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso de responsabilidad civil No. 47001-3153-003-2022-00075-00 de Jesus Javier Cervantes Martinez C.C. 85.447.629, Dubis Cecilia Castro Amado C.C. 57.293.252 y otros, contra TRANSPORTES APN S. EN C. NIT. 819.001.523-6, LA EQUIDAD SEGUROS O.C. NIT. 860.028.415-5 y Heriberto Parra Solano C.C. 12.559.866.

Mediante Oficio No. 1995 del 19 de diciembre de 2022, el Juzgado 19 Civil Municipal de Bogotá D.C., inscrito el 27 de Diciembre de 2022 con el No. 00202195 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso declarativo verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 11001400301920220105100 de Blanca Inés Espitia Borda C.C. 52.358.144, contra Maritza Merchán Moreno C.C. 52.060.027, Carlos Arturo Aponte García C.C. 79.382.494, LINEAS ESCOLARES Y TURISMO S.A. con siglas "LIDERTUR S.A.S." NIT. 800.126.471-1 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 3219 del 15 de noviembre de 2022, el Juzgado 1 Civil Municipal Yopal (Casanare), inscrito el 23 de Enero de 2023 con el No. 00202669 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso declarativo verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 850014003001-2022-00822-00 de Flor Elba Orduz Hurtado, C.C. 46.361.663 Verne Septim Rivera Bello C.C. 74.751.477, contra Ignacio Sepúlveda Quintero C.C. 79.265.334, María Elsa Cala De Cabrera C.C. 46.352.846, COOTRALLANERO LTDA NIT. 800.073.264-2 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT. 860.028.415-5.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Mediante Oficio No. 051 del 24 de enero de 2023, el Juzgado Promiscuo del Circuito de Chinú (Córdoba), inscrito el 30 de Enero de 2023 con el No. 00202854 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23-182-31-89-001-2023-00002-00 de Juan de Dios Ayala González C.C. 78.735.172, Contra: Lidis Naudith Ayala González C.C. 35.143.047, Roger Antonio Ayala González C.C. 1.073.821.707, Francisco José Ayala González C.C. 15.727.055 y Vilma Luz Ayala González C.C. 50.919.190

Mediante Oficio No. 168 del 09 de febrero de 2023, el Juzgado Civil Del Circuito de Aguachica (Cesar), inscrito el 15 de Febrero de 2023 con el No. 00203279 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 20-011-31-03-001-2023-00025-00 de Gustavo Quintero Velásquez C.C. 12.502.766, José Gregorio Quintero Velásquez C.C. 12.503.088 y Duván José Quintero Tete C.C. 1.193.420.795, contra EQUIDAD SEGUROS NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 348 del 03 de mayo de 2023, el Juzgado 27 Civil Municipal de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 10 de Mayo de 2023 con el No. 00206215 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual - extracontractual No. 2023-00081-00 de Daira Lucumi Arce, Contra Nilson Mendoza Astudillo y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 00120 del 24 de mayo de 203, el Juzgado 55 Civil del Circuito de Bogotá D.C., inscrito el 8 de Junio de 2023 con el No. 00206850 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 11001-3103-030-2023-00084-00 de Humberto Alexander Acero Vargas C.C. 79.853.130, Deisy Vargas Macías C.C. 51.573.548, Carlos Alberto Acero Vargas C.C. 80.009.094, Yaqueline Barrera Ayala C.C. 52.326.031, Angie Vanessa Acero Barrera C.C. 1.016.105.159, Jennifer Acero Barrera C.C. 1.000.515.527 y Cristián Alexander Acero Barrera C.C. 1.001.153.369, contra Iván Fernando Rueda C.C. 80.502.490, Jaime Augusto Galeano Camargo C.C. 11.517.685, LOGÍSTICA DE TRANSPORTE S.A.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

NIT. 811.005.276-0, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO - LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 283 del 10 de julio de 2023 proferido por el Juzgado 03 Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), inscrito el 13 de Julio de 2023 bajo el No. 00207749 del libro VIII, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso declarativo de responsabilidad civil extracontractual No. 20001310300320220023200 de Zenith María Diaz Arroyo C.C. 32.722.673, Jorge Eliecer Borras Celin C.C. 7.441.123 actuando en nombre propio y en representación de su menor hija Anahi Borras Diaz, Mariam Paola Borras Diaz C.C. 1.065.637.986 y Katherin Johana Borras Diaz C.C. 1.065.660.382, contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 361 del 20 de abril de 2023, el Juzgado 14 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 28 de Julio de 2023 con el No. 00208094 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 76-001-31-03-014-2022-00341-00 de Sharon Michelle López Losada actuando en nombre propio y de la menor Danna Sophia Ospina López, Cynthia Vanessa López Losada, Valentina López Losada, Pearl Jackeline Losada Cano y Laura Fernanda Amariles Losada, contra de EMPRESA DE TRANSPORTE RIO CALI S.A. NIT. 800.125.299-4., Jairzhino Cuero Arizala y EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 1950 del 09 de agosto de 2023, el Juzgado 4 Civil Municipal de Montería (Córdoba), inscrito el 18 de Agosto de 2023 con el No. 00208726 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23-001-40-03-004-2023-00473-00 de Sergio Luis Rivas Velásquez C.C. 15.645.600, Yarlenis Rivas Velásquez C.C. 1.047.366.832, Darlin Milena Bermúdez Ospino C.C. 50.917.145, Contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT 860.028.415-5, BANCOLOMBIA S.A. NIT 890903938-8, SOTRAURRA S.A.S NIT 8120057923, Héctor Orlando Molina Parra C.C. 79.666.860, y José Aníbal Giraldo Serna C.C. 14.255.745.

Mediante Oficio No. 2023-2005 del 04 de octubre de 2023, el Juzgado 03 Civil del Circuito de Cúcuta (Norte de Santander), inscrito el 12

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

de Octubre de 2023 con el No. 00211377 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 54-001-31-53-003-2023-00290-00 de Pedro Nel Alviades Sequeda C.C. 1.102.351.697, María Isabel Sequeda De Alviades C.C. 37.805.088 y Katia Diomeyla Peñaranda Pacheco C.C. 60.444.982, contra Daniel Ortega Jaimes C.C. 13.443.155, Lida Esperanza Sanchez Rincón C.C. 60.360.990, COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES TASAJERO COOTRANSTASAJERO NIT. 890.504.369-5 y EQUIDAD SEGUROS NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 1587 del 18 de octubre de 2023, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Barrancabermeja (Santander), inscrito el 30 de Octubre de 2023 con el No. 00212452 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No.680813103001-20263-0134-00 de Edward Ferney Moreno Mejia CC. 91.135.126, quien actúa en nombre propio y en representación de sus hijos menores Valery Luciana Moreno Traslaviña, Rafaela Moreno Rodriguez y Edward Stiven Moreno Santamaria, y otros, Contra: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL MEDIO MAGDALENA LTDA-COOTRANSMAGDALENA LTDA NIT. 890.270.738-3, representada legalmente por Victor Manuel Cardenas Guevara, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5, representada legalmente por Nestor Raul Hernandez Ospina y Jorge Eliecer Roble Rojas CC. 91.292.391.

Mediante Oficio No. 684 del 08 de noviembre de 2023, el Juzgado Civil del Circuito de Lorica (Cordoba), inscrito el 16 de Noviembre de 2023 con el No. 00212787 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual de mayor cuantía No. 23.417.31.03.001.2023.00170.00 de Elis Isabel Cantero Llorente C.C. 30.671.395, contra Yeison Manuel Villegas Florez C.C. 1.067.936.306, Camilo Ernesto Ensuncho Hoyos C.C. 10.782.999, ARANSUA S.A.S. NIT. 900.337.364-8, TRANSPORTE Y TURISMO MO S.A.S. NIT. 901.390.123-8 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 3708 del 21 de noviembre de 2023, el Juzgado 04 Civil Municipal de Montería (Córdoba), inscrito el 24 de Noviembre de 2023 con el No. 00213026 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

23-001-40-03-004-2023-00254-00 de Luis Felipe Tafur Rodriguez C.C. 1.068.516.612, contra EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Auto No. 090 del 31 de enero de 2024, el Juzgado 18 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 14 de Febrero de 2024 con el No. 00214728 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 760013103018-2023-00206-00, contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 204 del 27 de febrero de 2024, el Juzgado 02 Promiscuo del Circuito de La Plata (Huila), inscrito el 8 de Marzo de 2024 con el No. 00217818 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 41-396-31-89-002-2024-00001-00 de Daniel Maria Monje Cardozo y otros, contra COOPERATIVA DE MOTORISTAS DEL HUILA Y CAQUETA LIMITADA "CCOMOTOR" NIT. 891.100.279-1 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 1057 del 18 de marzo de 2024, el Juzgado 4 Civil Municipal de Montería (Córdoba), inscrito el 27 de Marzo de 2024 con el No. 00218780 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal-responsabilidad civil extracontractual No. 23-001-40-03-004-2024-00189-00 de Carlos Mario Pacheco Sanchez CC. 1.003.699.430 en nombre propio y en representación de la menor Nikoll Pacheco Pereira T.I. 1.068.821.079, Contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT. 860.028.415-5, CENTRAL CARS S.A.S EN LIQUIDACIÓN NIT. 900.254.134-3 y Hernando Marquez Tobias CC. 92.071.154.

Mediante Oficio No. 142 del 19 de abril de 2024, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Socorro (Santander), inscrito el 26 de Abril de 2024 con el No. 00221953 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil No. 2024-00015-00 de Martha Cecilia Rivera Mantilla CC. 1.101.691.518, quien actúa en nombre propio y en nombre de sus menores hijos Samuel David Rivera Mantilla T.I. 1.222.253.548 y Julieth Andrea Moreno Rivera T.I. 1.102.489.983,Martha Lucia

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Mantilla Poveda CC. 37.945.559, quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hija Dana Fernanda Veloza Mantilla 1.102.488.922, Jhon Jairo Herrera Cuevas CC. 91.109.632, Contra: Alejandro Jaimes Contreras, TRANSPORTES Y TURISMO BERLINAS DEL FONCE S.A BERLINASTUR S.A. NIT. 860.015.624-1, Juan Carlos Rubiano y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 0406 del 29 de abril de 2024, el Juzgado 03 Civil del Circuito de Neiva (Huila), inscrito el 6 de Mayo de 2024 con el No. 00222049 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 41001310300320240000500 de Mario Guzmán Arango C.C. 5.525.589 y otros, contra COOPERATIVA DE MOTORISTAS DEL HUILA Y CAQUETA LTDA. NIT. 891.100.279-1, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5 y otros.

Mediante Oficio No. 500 del 11 de marzo de 2024, el Juzgado 5 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Floridablanca (Santander), inscrito el 6 de Junio de 2024 con el No. 00222827 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal-sumario responsabilidad civil extracontractual No. 682764189005-2024-00036-00 de Jorge Pabón Sastoque CC. 86.062.320, Contra: Andrés Cáceres Hernández, Salomón Cáceres Hernández, EMPRESA DE TRANSPORTES BÚCAROS S.A. y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 2123 del 28 de mayo de 2024, el Juzgado 4 Civil Municipal de Montería (Córdoba), inscrito el 11 de Junio de 2024 con el No. 00222879 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal-responsabilidad civil extracontractual No. 23-001-40-03-004-2023-00718-00 de Eduardo Jose Atencia Gomez CC. 1.066.526.592, Nancy Paola Carvajal Peñata CC. 1.003.000.059 en nombre propio y en representación del menor Jeybrane Atencia Carvajal NUIP 1.068.442.985, Contra: MOVÍTAXI S.A.S NIT.812.006.231-8, Derlys Patricia Rodriguez Barraza CC. 50.919.716, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5 y Cesar Augusto Martinez Caballero CC. 78.704.17.

Mediante Oficio No. 2024-0976 del 05 de junio de 2024, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Ipiales (Nariño), inscrito el 11 de junio de 2024 con el No. 00222892 del libro VIII, ordenó la inscripción de la

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 523563103002-2024-00056-00 de Segundo Arcadio Jiménez C.C. No. 13.005.535, Silvia Estefania Jimenez Taquez C.C. No. 1.085.936.132, Lorena Marcela Jiménez Táquez C.C. No. 1.085.927.119, Jose Jaime Jimenez Taquez C.C. No. 87.217.593, Nuri Silvani Jimenez Taquez C.C. No. 1.004.577.754, Hector Robinson Jimenez Taquez C.C. No. 1.085.907.725, Miller Sebastian Jimenez Taquez C.C. No. 1.192.804.413, Eiber Roman Jimenez Taquez C.C. No. 1.085.947.502, Jesus Anibal Jimenez Taquez C.C. No. 1.085.941.895, Cordula Taquez C.C. No. 37.001.153 y Amparito del Carmen Tulcan Taquez C.C. No. 37.121.562, Contra: Jaime Oswaldo Fuertes Cadena C.C. No. 98.337.630, Eider Yovanny Pinchao Pinchao C.C. No. 1.085.937.195, COLECTIVOS CIUDAD DE IPIALES S.A N.I.T No. 891.200.375-8 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO N.I.T No. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. 516 del 19 de junio de 2024 el Juzgado 4 Civil del Circuito de Bogotá, D.C., inscrito el 27 de Junio de 2024 con el No. 00223576 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso ejecutivo singular No. 1100131030-04-2024-00091-00 de David Santiago Poveda Rocha con C.C. 1.002.525.596 contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con N.I.T. 860028415-5.

Mediante Auto del 10 de julio de 2024, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Santa Marta (Magdalena) inscrito el 16 de Julio de 2024 con el No. 00224086 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil No. 47001-3153-003-2024-00124-00 de Roque Manuel Garcia Berdugo con C.C.85.477.811 contra Hugo Hernando Fuemayor Camargo con C.C. 1124052905, TRANSPORTES APN SAS con N.I.T. 819001523-6, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con N.I.T. 860028415-5 Y APN SERVICIOS ESPECIALES S.A.S. * DISUELTA Y LIQUIDADA* con N.I.T. 900606669-3.

Mediante Oficio No. 142 del 19 de julio de 2024, el Juzgado Civil del Circuito de Turbo (Antioquia) inscrito el 24 de Julio de 2024 con el No. 00224370 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - responsabilidad civil No. 058373103001-2024-00072-00 de Pánfido José Tordecilla Niño, Erlinda Acosta Gómez, Jeiler Antonio Tordecilla Acosta, Yiny Jhoana Tordecilla Acosta, Yina Marcela Tordecilla

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Acosta, Jader Manuel Tordecilla Acosta, Jair Alonso Tordecilla Acosta y Robinson Tordecilla Niño contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con N.I.T. 860028415-5 y COOPERATIVA INTEGRAL DE TRANSPORTES DE URABÁ -COOINTUR.

Mediante Oficio No. 1856 del 18 de julio de 2024, el Juzgado 4 Civil del Circuito de Montería (Cordoba), inscrito el 25 de Julio de 2024 con el No. 00224403 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - accidente de tránsito No. 23001310300420240013100 de Samir Silgado Suarez con C.C. 73.194403, Deisy Milena Barrios Seña con C.C. 25.857.637, Valentina Silgado Barrios con C.C. 1.067.843.354 y Vanessa Silgado Barrios con C.C. 1.063.647.048 contra Jose Aníbal Giraldo Serna con C.C. 14.255.745, Hector Orlando Molina Parra con C.C. 79.666.860, BANCOLOMBIA S.A, ADEMÁS PODRÁ GIRAR BAJO LA DENOMINACIÓN BANCO DE COLOMBIA S.A. con NIT 890903938-8, SOTRAURRA S.A.S. con NIT 812005792-3 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con NIT. 860028415-5.

Mediante Oficio No. 3129 del 29 de julio de 2024, el Juzgado 4 Civil Municipal de Montería (Córdoba), inscrito el 8 de Agosto de 2024 con el No. 00224727 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - responsabilidad civil excontractual No. 23-001-40-03-004-2024-00497-00 de Alexander Florez Jimenez con C.C.1113701143 contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con N.I.T. 860028415-5, R&M TAXIS S.A.S. con N.I.T. 900787166-6 y Damaris Medina Cardona con C.C. 24341261.

Mediante Oficio No. 0409 del 11 de septiembre de 2024, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Garzón (Huila) inscrito el 17 de Septiembre de 2024 con el No. 00225698 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 41-298-31-03-001-2024-00087-00 de Luz Stella Cuéllar Sierra y otros contra COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE GARZÓN - COOTRANSGAR LTDA, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con N.I.T. 860028415-5 y otros.

Mediante Oficio No. 603 del 9 de septiembre de 2024, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), inscrito el 4 de Octubre de 2024 con el No. 00226596 del libro VIII, ordenó la

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal declarativa - responsabilidad civil extracontractual No. 680013103001-2024-00199-00 de Claudia Johanna Villamizar Valencia con C.C. 37.556.499 en nombre propio y en representación de su hija menor de su hija Esthefany Alexandra Plazas Villamizar con C.C. 1.096.065.711, Amparo Valencia De Villamizar con C.C. 28.296.141 y Hernando Villamizar Pinto con C.C. 5.706.988 contra Jose Antonio Ramirez Martinez con C.C. 91.256.909, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con N.I.T. 860028415-5, COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A con N.I.T. 860037013-6, TRANSPORTES BUCAROS S.A.S con N.I.T. 804004261-0 y TAXSUR S.A. con N.I.T. 890211768-2.

Mediante Oficio No. 00660 del 25 de octubre de 2024, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), inscrito el 8 de Noviembre de 2024 con el No. 00228581 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 23 001 31 03 002 2024 00255 00 de Sandy Saidith Giron Lugo CC. 1.067.904.264 y Lucelys Giron Lugo CC. 1.067.904.219, Contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5, SOTRAURRA S.A.S. NIT. 812.005.792-3, BANCOLOMBIA S.A. NIT. 890.903.938-8, Jose Anibal Giraldo Serna CC. 14.255.745 y Hector Orlando Molina Parra CC. 79.666.860.

Mediante Oficio No. 00715 del 26 de noviembre de 2024, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de Noviembre de 2024 con el No. 00229180 del Libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 23001310300220240029900 de Katy Paola Pérez Solar con C.C. 26153269 en nombre propio y de sus menores hijos y Jhonatan Andrés López Arenas con C.C. 1064316327 contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con N.I.T. 860028415-5, BANCOLOMBIA S.A, ADEMÁS PODRÁ GIRAR BAJO LA DENOMINACIÓN BANCO DE COLOMBIA S.A. con N.I.T. 890903938-8, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. con N.I.T. 890903407-9 y SOTRAURRA S.A.S. con N.I.T. 812005792-3.

Mediante Oficio No.586/2024-00284-00 del 12 de diciembre de 2024, el Juzgado 10 Civil del Circuito de Oralidad Palacio De Justicia- Pedro Elias Serrano Abadia De Cali (Valle Del Cauca), inscrito en esta Cámara de Comercio el 20 de Diciembre de 2024 con el No. 00230111 del

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal De Responsabilidad Civil Extracontractual No. 76001310301020240028400 de Blanca Celina Gonzalez con C.C. 31289294 contra Victor Evelio Cruz Erazo con C.C 76150549, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO con N.I.T. 860028415-5, EQUIRENT VEHICULOS Y MAQUINARIA S.A.S con N.I.T. 901253015, COOPERATIVA INTEGRAL DE TRANSPORTE RAPIDO TAMBO con N.I.T. 891500194-9, ALLIANZ SEGUROS S.A con N.I.T. 860026182-5.

Mediante Oficio No. GL222 del 17 de octubre de 2024, el Juzgado 4 Civil del Circuito Oral de Cartagena (Bolívar), inscrito en esta Cámara de Comercio el 20 de Diciembre de 2024 con el No. 00230112 del Libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal declarativo de responsabilidad civil de Candelaria Perez Tovar con C.C.1047373095 contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, con NIT No 860028415-5.

Mediante Oficio No. 2131 del 21 noviembre de 2024 proferido por el Juzgado 6 Civil Municipal de Villavicencio (Meta), inscrito el 31 de Enero de 2025 con el No. 00232051 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual N° 50001-40-03-006-2024-00820-00, de David Alvaran Parra C.C. 1.121.881.402 Contra: Antonio Jose Fuentes Prieto C.C. 86.041.446, Jose Manuel Mañosca Duran C.C. 12.263.152, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5 y TRANSPORTES TAXI ESTRELLA S.A.S. NIT. 800.201.445-9

Resolución No. 689 del 3 de junio de 1970, inscrita el 18 de julio de 1995 bajo el No. 501.106 del libro IX, la Superintendencia Nacional de Cooperativas le reconoce personería jurídica a la sociedad "SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO".

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

OBJETO SOCIAL

Tiene como objetivo especializado del acuerdo cooperativo, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES tiene como objetivo especializado del acuerdo cooperativo, dentro del propósito expuesto en el artículo anterior, satisfacer las necesidades de protección de las personas asociadas y de las que s en a la el presente estatuto, mediante servicios de seguros generales que amparen a las personas, bienes y actividades frente a eventuales riesgos con la finalidad de brindar tranquilidad, confianza y bienestar a los protegidos y beneficiarios del servicio, que será prestado en condiciones óptimas de economía, agilidad, organización administrativa, eficiencia técnica y respaldo financiero. Enumeración de actividades. Para cumplir su propósito y alcanzar su objeto la equidad seguros generales podrá realizar las siguientes actividades: 1). Celebrar y ejecutar, toda clase de contratos de seguros, reaseguros y coaseguros los que se regirán por disposiciones propias de estas modalidades contractuales. 2). Administrar fondos de previsión y seguridad social que las disposiciones legales facultan a las entidades aseguradoras. 3). Conceder préstamos a sus entidades asociadas dentro de los marcos legales vigentes. 4). Efectuar las inversiones que requiera el cumplimiento de su objeto social dentro de las disposiciones legales vigentes. 5). Crear instituciones de naturaleza solidaria, tanto a nivel nacional como internacional, orientadas al cumplimiento de actividades de fortalecimiento del sector cooperativo o a proporcionar el apoyo y ayuda necesarios para facilitar el mejor logro de los propósitos y actividades económicas y sociales de la equidad seguros generales. 6). Celebrar convenios con organizaciones nacionales o extranjeras, para procurar el mejor cumplimiento de sus objetivos y actividades o para ofrecer servicios diferentes a los establecidos en el objetivo especializado del acuerdo cooperativo. 7). Realizar en forma directa o indirecto todo tipo de actividades permitidas por la ley que se relacionen con el desarrollo de los objetivos sociales. 8). Actuar como entidad operadora para la realización de libranza o descuento directo relacionados específicamente con primas de seguros en forma como lo establezca la Ley. Amplitud administrativa y de operaciones para cumplir sus objetivos y adelantar sus actividades, la equidad puede organizar, tanto en el país como en el exterior, todos los establecimientos y dependencias administrativas que sean necesarios y realizar toda clase de operaciones, actos, contratos y demás negocios jurídicos lícitos que se relacionen con el desarrollo de sus actividades y el

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

cumplimiento de sus objetivos. Intermediación el a contratación de seguros la equidad procurara realizar directamente la contratación de los diversos seguros que tiene establecidos. No obstante, si resultare necesario o conveniente, podrá colocar pólizas de seguros con el concurso de intermediarios debidamente autorizados por el organismo gubernamental competente y que cumplan las demás condiciones reglamentarias que pueda establecer la Junta de Directores. Prestación de servicios al público no afiliado la equidad seguros generales cumplirá la actividad aseguradora principalmente en interés de sus propios asociados y de la comunidad vinculada a ellos. Sin perjuicio de lo previsto en el inciso anterior, la equidad seguros generales extenderá la prestación de sus servicios al público en general y en tal caso los excedentes que se obtengan por estas operaciones, serán llevados a un fondo social no susceptible de repartición.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : $0,00
No. de acciones : 0,00
Valor nominal : $0,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : $0,00
No. de acciones : 0,00
Valor nominal : $0,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $0,00
No. de acciones : 0,00
Valor nominal : $0,00

El monto mínimo de aportes sociales será de: $5.600.000.000,00 moneda corriente, el cual no será reducible durante la existencia de la equidad.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

NOMBRAMIENTOS

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 65 del 19 de abril de 2024, de Asamblea de Delegados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de octubre de 2024 con el No. 00032611 del Libro XIII, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Orlando Cespedes Camacho	C.C. No. 13825185
Segundo Renglon	Yolanda Reyes Villar	C.C. No. 41662345
Tercer Renglon	Hamer Antonio Zambrano Solarte	C.C. No. 98145605
Cuarto Renglon	Armando Cuellar Arteaga	C.C. No. 12107769
Quinto Renglon	Omaira Del Socorro Duque Alzate	C.C. No. 43027184
Sexto Renglon	SIN ACEPTACION	**********
Septimo Renglon	Julio Cesar Tarquino Galvis	C.C. No. 7540460
Octavo Renglon	Carlos Julio Mora Peñaloza	C.C. No. 5525250
Noveno Renglon	Fabio Chavarro Gonzalez	C.C. No. 12135573

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Aura Elisa Becerra	C.C. No. 28253430

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

	Vergara	
Segundo Renglon	Victor Henry Kuhn Naranjo	C.C. No. 19179986
Tercer Renglon	Edixon Tenorio Tenorio Quintero	C.C. No. 16353591
Cuarto Renglon	Nestor Bonilla Ramirez	C.C. No. 12193128
Quinto Renglon	Luis Fernando Florez Rubianes	C.C. No. 70054789
Sexto Renglon	Hector Solarte Rivera	C.C. No. 16882819
Septimo Renglon	Juan Antonio Reales Daza	C.C. No. 18935299
Octavo Renglon	Martha Isabel Velez Leon	C.C. No. 60368716
Noveno Renglon	Juan Carlos Quintero Becerra	C.C. No. 79841762

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 65 del 19 de abril de 2024, de Asamblea de Delegados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de enero de 2025 con el No. 00032637 del Libro XIII, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	DELOITTE & TOUCHE S.A.S.	N.I.T. No. 860005813 4

Por Documento Privado del 14 de junio de 2023, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 23 de junio de 2023 con el No. 00032440 del Libro XIII, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Revisor Fiscal Principal | John Jaime Mora Hurtado | C.C. No. 80003973 T.P. No. 126360-T

Por Documento Privado del 11 de septiembre de 2024, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de febrero de 2025 con el No. 00032649 del Libro XIII, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Jose Sebastian Saavedra Soto	C.C. No. 1030670175 T.P. No. 258953-T

PODERES

Por Escritura Pública No. 1357 de la Notaría 10 de Bogotá D.C. del 25 de octubre de 2017, inscrita el 29 de Enero de 2020 bajo el registro No 00031786 del libro XIII, compareció Carlos Eduardo Espinosa Covelli, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.242.457, en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, al abogado Víctor Andres Gomez Angarita, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 80.795.250 y portador de la tarjeta profesional número 174.721 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en su carácter de apoderada judicial, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal en el territorio Colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos antes los organismos de inspección, vigilancia y control. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que la entidad sea demandada directamente o llamada en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio Colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos a las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. E. Notificarse,

conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. En general queda facultado(a) para interponer, cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que Víctor Andres Gomez Angarita, queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 125 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 07 de febrero de 2020, inscrita el 17 de febrero de 2020 bajo el registro 00031801 del libro V, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina , identificado con cédula de ciudadanía número 94.311.640., en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, al abogada externo Jorge Mario Aristizabal Giraldo identificado con cédula de ciudadanía Nro. 4.582.281 y Tarjeta Profesional Nro. 118.812, para que en su carácter de abogado externo de las aseguradoras, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo a. Representar a los organismos cooperativos ante, las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el eje cafetero del país, en los departamentos de: Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, la subregión del suroeste del departamento de Antioquia, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección, vigilancia y control. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

ante las autoridades judiciales en el eje cafetero del país, esto es, en los departamentos de: Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, la subregión del suroeste del departamento de Antioquia, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control del eje cafetero del país, esto es, en los departamentos de: Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, la subregión del suroeste del departamento de Antioquia, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promueva o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo; hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del poderdante. f. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que Jorge Mario Aristizabal Giraldo queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 124 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 7 de febrero de 2020, inscrita el 9 de marzo de 2020 bajo el registro No 00031817 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al Abogado Suarez Urrego Luis Alberto identificado con cédula ciudadanía No. 1.032.405.996, y tarjeta profesional número 214.654, para que en su carácter de Director Legal judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de la Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. B.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección vigilancia y control. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. E. notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de proceso especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer formulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. en general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden.

Por Escritura Pública No. 123 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 7 de febrero de 2020, inscrita el 9 de marzo de 2020 bajo el registro No 00031820 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante legal en la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al Representante legal de la Firma OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS E HIJOS ABOGADOS S.A.S. sigla OMP ABOGADOS, identificada con NIT: 900.710.007-2, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el Territorio Colombiano, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren en todo el Territorio colombiano. C. Representar a los organismos cooperativos en toda

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de todo el territorio colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de todo el territorio colombiano. E. notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de proceso especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. en general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la firma OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS E HIJOS ABOGADOS S.A.S. sigla OMP ABOGADOS queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesionales del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General en todo caso, estos profesionales deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la Firma OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS E HIJOS ABOGADOS S.A.S. sigla OMP ABOGADOS, reservándole la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 415 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 28 de mayo de 2020, inscrita el 8 de julio de 2020 bajo el registro No 00031857 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640 en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al abogado Enrique Laurens Rueda identificado con cédula ciudadanía No. 80.064.332, y Tarjeta Profesional No. 117.315, para que en su carácter de Abogado Externo de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, represente a los organismos cooperativos aludidos en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren a nivel nacional. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren a nivel nacional. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía, que se realicen ante las autoridades judiciales a nivel nacional D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho de litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que el Abogado Enrique Laurens Rueda queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 414 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 28 de mayo de 2020, inscrita el 8 de julio de 2020 bajo el registro No 00031862 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Carlos Andrés Mejía Arias, identificado con cédula ciudadanía No. 79.746.677 para que, en su carácter de Gerente Nacional de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Indemnizaciones, únicamente por el tiempo que ocupe el cargo en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de Gerente Nacional de Indemnizaciones para los siguientes asuntos específicos y exclusivos. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal en todo el Territorio Colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los organismos de inspección, vigilancia y control. C. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. D. Suscribir en nombre de la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, contratos de compraventa sobre automotores, así como su respectivo traspaso. E. Otorgar poderes y cesión de derechos para adelantar trámites ante autoridades de tránsito a nivel nacional. F. Otorgar poderes a personas naturales o jurídicas para la obtención y entrega de vehículos de propiedad de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, ante autoridades de tránsito, juzgados penales, fiscalías, entidades judiciales, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y cualquier otra autoridad competente o persona que tenga en poder vehículos de propiedad de la mencionada Cooperativa. G Presentar derechos de petición o cualquier otra solicitud ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas respecto del cobro de impuestos de vehículos que figuren a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. H. Notificarse de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que estén relacionadas con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. I. Presentar los recursos a que haya lugar en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. J. Realizar las gestiones necesarias para el levantamiento de medidas cautelares en procesos coactivos por el pago de impuestos de vehículos a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. K. Otorgar poder para notificarse y presentar recursos en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de

vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. Que Carlos Andrés Mejía Arias queda ampliamente facultado para cumplir su gestión en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 702 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 13 de agosto de 2020, inscrita el 2 de septiembre de 2020 bajo el número 00031902 del libro XIII, compareció Néstor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante Legal Suplente de la sociedad de la referencia y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Claudia Jimena Lastra Fernández, identificada con cédula de ciudadanía número 28.554.926 y Tarjeta Profesional No. 173.702, para que en su carácter de Abogada de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal en todo el territorio colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección, vigilancia y control, en todo el territorio colombiano. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras

mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que Claudia Jimena Lastra Fernández queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 703 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 13 de agosto de 2020, inscrita el 2 de septiembre de 2020 bajo el número 00031903 del libro XIII, compareció Néstor Raúl Hernández Ospina, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante Legal Suplente de la sociedad de la referencia y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al Representante Legal de la firma DIANA LESLIE BLANCO ESTUDIO JURÍDICO S.A.S., identificada con NIT. 901.071.559-7, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca, para los efectos establecidos en el siguiente numeral: Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

ante los entes de control de los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la sociedad DIANA LESLIE BLANCO ESTUDIO JURÍDICO S.A.S., queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General en todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad DIANA LESLIE BLANCO ESTUDIO JURÍDICO S.A.S., reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 708 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 14 de agosto de 2020, inscrita el 2 de septiembre de 2020 bajo el número 00031904 del libro XIII, compareció Néstor Raúl Hernández Ospina, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante Legal Suplente de la sociedad de la referencia y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al Representante Legal de la firma PEÑA ARANGO ABOGADOS S.A.S., identificada con NIT. 900750506-7, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en los departamentos de Santander y Norte de Santander, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en los departamentos de Santander y Norte de Santander. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en los departamentos de Santander y Norte de Santander. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de los departamentos de Santander y Norte de Santander. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de los departamentos de Santander y Norte de Santander. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la sociedad PEÑA ARANGO ABOGADOS S.A.S., queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General en todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad PEÑA ARANGO ABOGADOS S.A.S., reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 1020 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 15 de octubre de 2020, inscrita el 29 de octubre de 2020 bajo el registro No 00031935 del libro XIII, compareció Ricardo Saldarriaga Gonzalez identificado con cédula de ciudadanía No. 71.766.825 en su calidad de Representante Legal Suplente, por medio de la presente

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Escritura Pública, confiere poder general a Camilo Andrés Moreno Salamanca identificado con cédula de ciudadanía No. 93.299.776, para que en su carácter de Coordinador(a) de la Gerencia de Indemnizaciones y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGÁNISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Suscribir y firmar contratos de transacción con tomadores, asegurados y beneficiarios hasta el nivel de su facultad para el pago de indemnizaciones. b. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. c. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración promovidas por los tomadores, asegurados y/o beneficiarios. d. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. e. Suscribir en nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, contratos de compraventa sobre automotores, así como su respectivo traspaso: f. Otorgar poderes y cesión de derechos para adelantar trámites ante autoridades de tránsito a nivel nacional. g. Otorgar poderes a personas naturales o jurídicas para la obtención entrega de vehículos de propiedad de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, ante autoridades de transito juzgados penales, fiscalías, entidades judiciales, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y cualquier otra autoridad competente o persona que tenga en poder vehículos de propiedad de la mencionada Cooperativa. h. Presentar derechos de petición o cualquier otra solicitud ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas respecto del cobro de impuestos de vehículos que figuren a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. i. Notificarse de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que estén relacionadas con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. j. Presentar los recursos a que haya lugar en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Generales Organismo Cooperativo. k. Realizar las gestiones necesarias para el levantamiento de medidas cautelares en procesos coactivos por el pago de impuestos de vehículos a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. i. Otorgar poder para notificarse y presentar recursos en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. Que Camilo Andrés Moreno Salamanca queda ampliamente facultado(a) para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión.

Por Escritura Pública No. 917 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 28 de septiembre de 2020, inscrita el 28 de Octubre de 2020 bajo el registro No 00031925 del libro XIII, compareció Ricardo Saldarriaga Gonzalez identificado con cédula de ciudadanía No. 71.766.825 en su calidad de Representante Legal Suplente, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Franklin José García Hernández identificado con cédula de ciudadanía No. 93.456.123, y Tarjeta Profesional No. 318.966 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su carácter de Coordinador(a) de la Gerencia de Indemnizaciones y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición, ante los entes de control a nivel nacional y fiscalías. b. Interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales, entidades gubernamentales, entidades descentralizadas del mismo orden, y ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Suscribir escritos de solicitud de reprogramación de audiencias y excusas de inasistencia a los diferentes procedimientos extrajudiciales. d. Suscribir y firmar contratos de transacción con tomadores, asegurados y beneficiarios hasta el nivel de su facultad para el pago de indemnizaciones. e. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: f. Contestar derechos de petición y solicitud de reconsideración promovidas por los tomadores, asegurados y/o beneficiarios. g. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. h. Formular derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. Que Franklin José García Hernández, queda ampliamente facultado(a) para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 912 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 25 de septiembre de 2020, inscrita el 28 de octubre de 2020 bajo el registro No 00031931 del libro XIII, compareció Ricardo Saldarriaga Gonzalez identificado con cédula de ciudadanía No. 71.766.825 en su calidad de Representante Legal Suplente, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Edward Rodríguez Díaz identificado con cédula de ciudadanía No. 1.030.532.557,para que en su carácter de Coordinador(a) de la Gerencia de Indemnizaciones y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición, ante los entes de control a nivel nacional y fiscalías. b. Interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales, entidades gubernamentales, entidades descentralizadas del mismo orden, y ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Suscribir escritos de solicitud de reprogramación de audiencias inasistencia a los diferentes procedimientos extrajudiciales. d. Suscribir y firmar contratos de transacción con tomadores, asegurados y beneficiarios hasta el nivel de su facultad para el pago de indemnizaciones. e. Objetar

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. f. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración promovidas por los tomadores, asegurados y/o beneficiarios. g. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. h. Formular derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. i. Suscribir en nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, contratos de compraventa sobre automotores, así como su respectivo traspaso. j. Otorgar poderes y cesión de derechos para adelantar trámites ante autoridades de tránsito a nivel nacional. k. Otorgar poderes a personas naturales o jurídicas para la obtención y entrega de vehículos de propiedad de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, ante autoridades de tránsito, juzgados penales, fiscalías, entidades judiciales, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y cualquier otra autoridad competente o persona que tenga en poder vehículos de propiedad de la mencionada Cooperativa. l. Presentar derechos de petición o cualquier otra solicitud ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas respecto del cobro de impuestos de vehículos que figuren a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. m. Notificarse de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que estén relacionadas con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. n. Presentar los recursos a que haya lugar en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. o. Realizar las gestiones necesarias para el levantamiento de medidas cautelares en procesos coactivos por el pago de impuestos de vehículos a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. p. Otorgar poder para notificarse y presentar recursos en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. Que Edward Rodríguez Díaz queda ampliamente facultado(a) para cumplir su gestión de representación en

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión.

Por Escritura Pública No. 1118 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 30 de octubre de 2020, inscrita el 24 de Noviembre de 2020 bajo el registro No 00031949 del libro XIII, compareció Néstor Raúl Hernández Ospina identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante Legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Nubia Patricia Verdugo Martin identificada con cédula ciudadanía No. 39.760.452 y Tarjeta Profesional No. 144.372-D1 de Bogotá D.C., para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de la Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. b. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. c. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores asegurados, beneficiarios y terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros.

Por Escritura Pública No. 1293 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 26 de noviembre de 2020, inscrita el 14 de Diciembre de 2020 bajo el registro No 00031964 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640 en su calidad de presidente ejecutivo, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al representante legal de la firma LEGAL RISK CONSULTING SAS, identificada con Nit. 901.411.198-1, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos él siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de la LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

de inspección y control, que se encuentren en todo el territorio nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de todo el territorio, nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional, e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que el Representante Legal de la sociedad LEGAL RISK CONSULTING SAS queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar a otro(s) profesional(es) del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General en todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad LEGAL RISK CONSULTING SAS, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 984 del 26 de mayo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2021, con el No. 00032065 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a la sociedad JUAN CAMILO ARANGO RIOS ABOGADOS SAS, identificada con el Nit No. 900.856.769-3, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en todo el territorio nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control en todo el territorio nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que el Representante Legal de la sociedad JUAN CAMILO ARANGO RIOS ABOGADOS SAS queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad JUAN CAMILO ARANGO RIOS ABOGADOS SAS, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 986 del 26 de mayo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 24 de Junio de 2021, con el No. 00032067 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S, identificada con N.I.T. 901.058.885-1, para que

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en todo el territorio nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio nacional d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control en todo el territorio nacional e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Por Escritura Pública No. 1193 del 20 de septiembre de 2019, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 2 de Agosto de 2021, con el No. 00032089 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general a Astrid Johanna Cruz, identificada con la cédula de ciudadanía No. 40.186.973, y Tarjeta Profesional número 159016, para que, en su carácter de Abogado, represente a los organismos cooperativos aludidos, en los departamentos de Meta y Casanare, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en los departamentos de Meta y Casanare. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren en los departamentos descritos en el literal anterior c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de los departamentos mencionados en el literal a d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de la ciudad y los departamentos mencionados en el literal a. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse. disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que la doctora Astrid Johanna Cruz queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 1428 del 16 de julio de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 3 de Agosto de 2021, con el No. 00032090 del libro IX, la persona jurídica confirió poder general al Representante Legal de la firma GOMEZ VELEZ ABOGADOS SAS, identificada con el Nit. No. 901.249547-5, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los Organismos Cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que citado el poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO: a.- representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. b.- Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren en todo el territorio nacional. c.- Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, el los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio nacional d.- Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control en todo el territorio nacional e.- Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer formulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f.- En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la sociedad GOMEZ VELEZ ABOGADOS SAS queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en ese instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad GOMEZ VELEZ ABOGADOS SAS, renovándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 2779 del 2 de diciembre de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el 21 de Diciembre del 2021 con el No.00032147 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general al Representante Legal de la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S identifica con el Nit. Nro. 900.701.533-7 con amplias facultades como en derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el Territorio Colombiano, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el Territorio Colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en todo el Territorio Colombiano. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen antes las autoridades judiciales de todo el Territorio Colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de todo el Territorio Colombiano. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las miasmas de promuevan o prologan. El(la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer formulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que el representante Legal de la Firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional (es) del derecho para que lleve (n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este poder general. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona (s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 3040 del 29 de diciembre de 2021 otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 11 de Enero de 2022, con el No. 00032164 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Heilyn Paola Bautista Barrera, identificada con cédula de ciudadanía Nro. 1.143.350.727 y Tarjeta Profesional Nro. 279003 del C.S. de la J., para que en su carácter de Abogado de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. d. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se

promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba.

Por Escritura Pública No. 984 del 10 de agosto de 2017, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 17 de Febrero de 2022, con el No. 00032170 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, a la abogada Alexandra Canizalez Cuellar, identificada con la cédula de ciudadanía número 66.926.867 y portadora de la tarjeta profesional No. 140.689 del Consejo Superior de la Judicatura, para que represente a los organismos cooperativos aludidos en las actuaciones señaladas en el presente documento en el siguiente numeral y limitado territorialmente a la ciudad de Bogotá y los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Meta y Casanare. Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderada judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal que se encuentren en la ciudad de Bogotá y los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Meta y Casanare. b. Representar a los organismos cooperativos ante los organismos de inspección, vigilancia y control, que se encuentren descritos en el literal anterior. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que la entidad sea demandada directamente o llamada en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control, de los departamentos mencionados en el literal a. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. f. En general queda facultado(a) para interponer,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que Alexandra Canizalez Cuellar, queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 1303 del 01 de julio de 2022 otorgada en la Notaría 10 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el 21 de Julio de 2022, con el No. 00032240 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a la señora Maira Alejandra Pallares Rodríguez identificada con cedula de ciudadanía Nro. 1.082.999.646 y tarjeta profesional Nro. 327457 del C.S de la j, para que en su carácter de abogada de la dirección legal judicial de la ciudad de Valledupar y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral Segundo: que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a este organismo cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho publico de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este organismo cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y de control. c. Representar a este organismo cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante autoridades judiciales en el territorio colombiano d. Representar a este organismo cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, medición, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. Iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de ese organismo cooperativo. g.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: que Maira Alejandra Pallares Rodríguez queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 1299 del 1 de julio de 2022 otorgada en la Notaría 10 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el 28 de Julio de 2022, con el No. 00032245 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a la señora María Alejandra Borda Suarez, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 1.016.076.788 y tarjeta profesional Nro. 340077 del C.S. de la J, para que en su carácter de abogada de la dirección legal judicial en la ciudad de Bogotá D.C y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a.Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b.Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control c.Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano d.Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional e.Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionada el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f.Iniciar promover y tramitar acciones de tutela en representación de este Organismo Cooperativo. g.En

general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que María Alejandra Borda Suarez queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 102 del 30 de enero de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 16 de Febrero de 2023, con el No. 00032321 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general al señor Juan David Uribe Restrepo identificado con la cedula de ciudadanía numero 1.130.668.110, y Tarjeta Profesional Nro. 204176 del S.C de la J. para que en su carácter de Abogado de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo para los efectos establecidos en el siguiente numeral Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este organismo cooperativos ante los entes de inspección vigilancia y control. c. Representar a este organismo cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que sea demandado directamente o sean llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. d. Representar a este organismo cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e. notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de proceso especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, f. Iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de este Organismo Cooperativo. g. en general queda facultado (a) para

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero que el señor Juan David Uribe Restrepo identificado con la cedula de ciudadanía número 1.130.668.110, queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 0103 del 30 de enero de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 25 de Marzo del 2023 con el No. 00032367 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general a la señora Luisa Fernanda Sánchez Zambrano identificada con la Cedula de Ciudadanía Nro. 1.140.863.398 y Tarjeta Profesional Nro. 285163 del C.S de la J, para que en su carácter de Abogada de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo; en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos em el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO. a. Representar a este organismo cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho publico de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Representar a este organismo cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en lo que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales ene le territorio colombiano, d. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, medicación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e, Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. f. El (la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer formulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga parte que pidió la prueba, iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de este Organismo Cooperativo. g, En general queda facultado(a) para

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que la señora Luisa Fernanda Sánchez Zambrano identificada con la cedula de Ciudadanía Nro. 1.140.863.398 queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento publico.

Por Escritura Pública No. 307 del 06 de marzo de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 27 de Marzo de 2023, con el No. 00032371 del libro VIII, la persona jurídica confirió poder general al Representante Legal de la sociedad PROTECCION & ESTRATEGIA LEGAL S.A.S. identificada con el Nit: 900.929.505-0 con amplias facultades como en derecho se requiere para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos excluidos: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional departamental y/o municipal , que se encuentren a nivel nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren a nivel nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados a garantías que se realicen ante las autoridades judiciales a nivel nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliaciones, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes en que las mismas se promuevan o propongan, el (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con las contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

descentralizadas del mismo orden. G. Adelantar los procesos de acción de subrogación para realizar recobros de siniestros al tenor de los dispuestos en el artículo 1096 del Código de Comercio, quedando expresamente facultada para celebrar contratos de transacción y/o acuerdos de pago. Que la sociedad PROTECCION & ESTRATEGIA LEGAL S.A.S. queda ampliamente facultada para cumplir gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso deben estar inscritos en el Certificado de Existencia y Representación Legal de la Sociedad PROTECCION & ESTRATEGIA LEGAL S.A.S. reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 306 del 6 de marzo de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 27 de Marzo de 2023, con el No. 00032372 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, al Representante Legal de la sociedad ZER ASISTENCIAS Y SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S. identificada con el Nit: 901.310.396 - 1 con amplias facultades como en derecho se requiere para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos y excluidos: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional departamental y/o municipal , que se encuentren a nivel nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren a nivel nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados a garantías que se realicen ante las autoridades judiciales a nivel nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliaciones, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes en que las mismas se promuevan o propongan, el (la) apoderado (a) general aquí designado podrá

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con las contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. G. Adelantar los procesos de acción de subrogación para realizar recobros de siniestros al tenor de los dispuestos en el artículo 1096 del Código de Comercio, quedando expresamente facultada para celebrar contratos de transacción y/o acuerdos de pago. Que la sociedad ZER ASISTENCIAS Y SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S. queda ampliamente facultada para cumplir gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso deben estar inscritos en el Certificado de Existencia y Representación Legal de la Sociedad ZER ASISTENCIAS Y SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S. reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 193 del 13 de febrero de 2023 otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 31 de Marzo de 2023, con el No. 00032385 del libro XIII la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente al representante Legal de la sociedad GALEGAL S.A.S identificada con el Nit. 900.402-1 con amplias facultades como en derecho se requiere para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos se otorga en virtud de su carácter de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: a. Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano b) Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de la inspección, vigilancia y control c. Representar a este Organismo cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. D. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebre en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable, composición y ante los

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

entes de control a nivel nacional e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. Él (la) apoderada general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionas el interrogatorio que la autoridad o el que haga la parte que pido la prueba f. iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de este Organismo cooperativo g. En general, queda facultado (a) para interponer cualquier de los recursos consagrados en las leyes con las decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos, nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden Tercero que la sociedad GALEGAL S.A.S identificada con el Nit. 900.402-1. Queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público. Adicionalmente podrá nombrar y/o delegar otros (S) profesionales del derecho para que lleven (n) a cabo o cualquier de los propósitos referidos en este poder General. En todo caso deben estar inscritos en el certificado de existencia y Representación legal de la sociedad GALEGAL S.A.S., reservándose las facultades para revocar el nombre de tal(es) personales(s) o delegación de la procuración

Por Escritura Pública No. 0308 del 6 de marzo de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 12 de Abril de 2023, con el No. 00032387 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente al representante legal de la sociedad DE LAVALLE ASESORIAS Y ASISTENCIAS JURIDICAS S.A.S identificada con el NIT: 900.627.823-1 en calidad de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren a nivel nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren a nivel nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía, que se realicen ante las autoridades judiciales a nivel Nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel Nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del poderdante. f. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas de mismo orden. g. Adelantar los procesos de acción de subrogación para realizar recobros de siniestros al tenor de los dispuesto en el artículo 1096 del Código de Comercio, quedando expresamente facultada para celebrar contratos de transacción y/o acuerdos de pago.

Por Escritura Pública No. 309 del 6 de marzo de 2023 ,otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 7 de Julio de 2023, con el No. 00032446 del libro V, la persona jurídica confirió poder general al Representante Legal de la sociedad ARCIS GROUP S. A. S, identificada con eI Nit. 900 181 557-0, con amplias facultades como en Derecho se requiere pueda representar a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral Segundo: Que el citado poder se otorga en virtud de su en carácter de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren a nivel nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren a nivel nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía, que se realicen ante las autoridades judiciales a nivel Nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel Nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del poderdante. f. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas de mismo orden. g. Adelantar los procesos de acción de subrogación para realizar recobros de siniestros al tenor de los dispuesto en el artículo 1096 del Código de Comercio, quedando expresamente facultada para celebrar contratos de transacción y/o acuerdos de pago.

Por Escritura Pública No. 101 del 30 de enero de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogota D.C., registrada en esta Cde Comercio el 2 de Noviembre de 2023, con el No. 00032487 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a la señora Diana Pedrozo Mantilla identificada con la cédula de ciudadanía 1.095.907.192 y tarjeta profesional número 24.0753 de la C.S. de la J. paraque en su carácter de abogada de la dirección legal judicial y únicamente por el tiempo que ocupe el cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, representa a este organismo cooperativo para los efectos establecidos en la siguiente numeral. Primero que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a este organismo cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho publico de orden nacional Departamental y/o municipales, a el territorio colombiano b. Representar este organismo cooperativo ante los entes de inspección y vigilancia y control. c. Representará este organismo cooperativo en todas las clases de actuaciones judiciales administrativas, en los que se ha demandado directamente o sea llamado en garantía que se realice ante las autoridades judiciales en territorio colombiano d. Representar a este organismo cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación mediación, arbitraje amigable composición y ante el interés de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

allanarse, disponer, de derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales, actuaciones de diligencias, de tipo judicial o administrativo y, de los incidentes quién es la misma se promuevan o propongan, él (la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absorver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que autorice realice o que haga la parte que pidió la prueba f. Iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de este organismo cooperativo. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra la decisión judicial o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales departamentales o municipales entidades descentralizadas del mismo orden. Segundo que la señora Diana pedraza mantilla identificada con la cédula de ciudadanía 1.095.907.192 queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en ese segmento público.

Por Escritura Pública No. 835 del 17 de mayo de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 5 de Marzo de 2024, con el No. 00032531 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a la señora María Fernanda Gómez Garzón identificada con la Cédula de Ciudadanía Nro. 1.033.793.301, y Tarjeta Profesional Nro. 345160 del C.S. de la J., para que en su carácter de Abogada de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral, Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a este organismo cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. d. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

entes de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. Iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de este Organismo Cooperativo. g. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden.

Por Escritura Pública No. 834 del 17 de mayo de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 22 de Marzo de 2024, con el No. 00032532 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, a la señora Nathalya Lasprilla Herrrera identificada con la Cédula de Ciudadanía Nro. 1.070.963.620, y Tarjeta Profesional Nro. 282871 del C.S. de la J., para que en su carácter de Abogada de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral: Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a.Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b.Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano d.Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional- e.Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. Iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de este Organismo Cooperativo. g.En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que la señora Nathalya Lasprilla Herrrera identificada con la Cédula de Ciudadanía Nro. 1.070.963.620, con Tarjeta Profesional Nro. 282871 del C.S. de la J, queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 1853 del 19 de septiembre de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 10 de Abril de 2024, con el No. 00032536 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Anggy Juneth Funez Burgos, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.143.407.825 y Tarjeta Profesional Nro. 366845 del C.S. de la J, para que en su carácter de carácter de Abogada Dirección Legal de Seguros y Riesgos Laborales y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, Vigilancia y control. c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. d. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba.

Por Escritura Pública No. 1444 del 1 de agosto de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 22 de Mayo de 2024, con el No. 00032555 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general a Wilmer Reyes Rincón, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.098.689.096, para que en su carácter de Gerente de la Agencia de San Gil y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, represente a los organismos cooperativos aludidos, para efectos jurisdiccionales, dentro del territorio que se circunscribe a la mencionada Agencia, en los términos dispuestos en el artículo 59 del Código General del proceso o la norma que lo sustituya o complemente, y para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: 1.- Para notificarse de las providencias, requerimientos judiciales, administrativos, policivos o de un particular, en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA. 2.- Para comparecer a la celebración de interrogatorios de parte, audiencias públicas de conciliación judiciales o extrajudiciales en derecho, previstas en el código general del proceso, penal, laboral, contencioso administrativo, decretos y leyes que la consagren, diligencias similares, cuando los organismos cooperativos referidos en el numeral primero sean citados, citantes, demandados, demandantes, llamados en garantía, litisconsortes o sea declarado pleito pendiente; con el ánimo de dirimir los asuntos que se ventilen en las mismas y asumir la defensa de estas entidades. 3.- Para objetar las reclamaciones, seria y fundadamente, en todos aquellos casos en que no exista amparo o cobertura, conforme a lo pactado en los contratos y actividades propios del objeto social de las aseguradoras. 4.- Para presentar a nombre de las Aseguradoras los recursos correspondientes en la vía gubernativa e intervenir en interrogatorios de parte. 5.- Celebrar y ejecutar actos y contratos requeridos de manera individual o bajo figura de consorcio, unión

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

temporal o coaseguro para la participación de los organismos-cooperativos en licitaciones públicas y privadas, selecciones abreviadas de menor cuantía, invitaciones de mínima cuantía, concursos de méritos, subastas, procesos de contratación directa, concursos, solicitud de cotización de seguros en el ámbito regional y/o nacional y demás modalidades de contratación publicas aplicables en las normas que complementen, sustituyan o deroguen, cuya cuantía en primas ofertadas sea igual o inferior a 280 SMLMV Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes. 6.- Presentación y suscripción de toda la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y post contractual concerniente a la elaboración de una oferta como: cartas de presentación, aceptación de las condiciones técnicas básicas, compromiso anticorrupción, indicadores financieros, certificados de experiencia, resumen económico, certificaciones de reaseguro, garantías de seriedad, formatos para pago de indemnizaciones y todas las demás que sean solicitadas dentro de un pliego de condiciones o términos de referencia, invitación, RFI, entre otros, para todos los procesos cuya cuantía en primas ofertadas sea igual o inferior a 280 SMLMV Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes. 7- Representar legalmente a los mencionados organismos cooperativos en todas las audiencias públicas inclusive la de adjudicación o de aclaración de pliegos ante AU cualquier entidad pública, sociedad de economía mixta o empresa privada en el cual no operará ningún límite de cuantía. 8.- Efectuar válidamente las manifestaciones que sea pertinentes para los procesos de contratación enunciados en los numerales anteriores. 9.- Formular observaciones a las entidades contratantes. 10-Solicitar aclaraciones de los documentos que hagan, parte de los procesos de selección de los contratistas. 11. Notificarse de todos los actos y actuaciones administrativas de trámite en los procesos de contratación, así como las resoluciones de adjudicación. 12 Firmar formatos de vinculación como-proveedores de entidades públicas" privadas para la prestación de servicios relacionados con el objeto social de las Aseguradoras. 13- Firmar los formatos y documentación necesaria para la renovación de la matrícula mercantil de la Agencia(s) adscrita(s) a su Distrito. Segundo: Que Wilmer Reyes Rincón queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No.2221 del 08 de noviembre de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 4 de Septiembre de 2024, con el No. 00032590 del libro

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

XIII, la persona jurídica confirió poder general al señor Edson Ivan Ordoñez Escobar, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.018.407.179 y con Tarjeta profesional No.240912 del Consejo Superior de la Judicatura, con amplias facultades como en Derecho se requiere para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren a nivel nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren a nivel nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía, que se realicen ante las autoridades judiciales a nivel Nacional, con el ánimo de dirimir los asuntos que se ventilen en las mismas y asumir la defensa de las aseguradoras. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel Nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan, que se ventilen ante las autoridades judiciales, administrativas y organismos descentralizado de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. f. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición, ante los entes de control a nivel nacional y fiscalías. g. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios o municipales entidades administrativos nacionales, departamentales gubernamentales, entidades descentralizadas del mismo orden y ante

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

los entes de inspección, vigilancia y control. h. Suscribir escritos de solicitud de reprogramación de audiencias y excusas de inasistencia a los diferentes procedimientos extrajudiciales. i. Suscribir y firmar contratos de transacción con tomadores, aseguradores y beneficiarios hasta el nivel de su facultad para el pago de indemnizaciones. j. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de pólizas expedidas por la Equidad Seguros Generales Organismos Cooperativos y La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. k. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración promovidas por los tomadores, asegurados y lo beneficiarios. l. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. Tercero: Que el señor Edson Ivan Ordoñez Escobar, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.018.407.179 y con Tarjeta profesional No.240912 del Consejo Superior de la Judicatura, queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público

Por Escritura Pública No. 2232 del 08 de noviembre de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 6 de Septiembre de 2024, con el No. 00032595 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, a la firma BOTERO ZAPATA ABOGADOS S.A.S: identificada con el NIT. 901.221.135-2, con amplias facultades como en Derecho se requiere para que pueda representar a la LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a.Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b.Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. d.Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional e.Notificarse, conciliar,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. Iniciar, promover y tramitar cualquier tipo de acciones judiciales y administrativa en representación de este Organismo Cooperativo, incluyendo acciones de tutela. g.En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que la sociedad BOTERO ZAPATA ABOGADOS S.A.S identificada con el NIT. 901.221.135-2,, queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso deben estar inscritos en el Certificado de Existencia y Representación Legal de la Sociedad BOTERO ZAPATA ABOGADOS S.A.S., reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 2462 del 29 de octubre de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 18 de Septiembre de 2024, con el No. 00032602 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, al señor Diego Andres Arango Urueña identificada con cédula de ciudadanía Nro. 1.075.298.640, para que en su carácter de Abogado de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, represente. a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO SIGLA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES. a. Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este Organismos Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales, y

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano d. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o. propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice. o el que haga la parte que pidió la prueba. f. Interponer acciones de tutela en representación de este Organismo Cooperativo g. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Quinto Que Diego Andres Arango Urueña queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 0807 del 11 de junio de 2024, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 7 de Noviembre de 2024, con el No. 00032613 del libro XIII, la persona jurídica confiere poder general al Representante Legal de la sociedad ARAUJO&ARAUJO ABOGADOS S.A.S, identificada con el Nit: 900.985.280-7 con amplias facultades como en Derecho se requiere para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal en el territorio colombiano. b. Representar a los organismos cooperativos ante los organismos de inspección, vigilancia y control. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que la entidad sea demandada directamente o llamada en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. d. Representar a los organismos

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de fas aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales a demandas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que la sociedad ARAUJO&ARAUJO ABOGADOS S.A.S, queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso deben estar inscritos en el Certificado de Existencia y Representación Legal de la Sociedad ARAUJOSARAUJO ABOGADOS S.A.S, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 43 del 17 de enero de 2025, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el , con el No. del libro XIII,
la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Viviana Marcela Ramirez Piñeros identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.110.456.536, y Tarjeta Profesional Nro. 225.222 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su carácter de abogada y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, represente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO; a. Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Organismo Cooperativo ante los entes de inspección. vigilancia y control. c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. d. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación. mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confosar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias. de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se Promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. Iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de este Organismo Cooperativo. g. En general, queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que la señora Viviana Marcela Ramirez Piñeros identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.110.456.536, y Tarjeta Profesional No. 225.222 del C. S. de la J queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 1594 del 22 de octubre de 2024, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 5 de Febrero de 2025, con el No. 00032646 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Jose Antonio Paez Ramirez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.032.505.696, y Tarjeta Profesional No. 387067 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su carácter de Abogado Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

departamental y/o municipal, en el territorio colombiano b. Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano d. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. Iniciar, promover y tramitar acciones de tutela en representación de este Organismo Cooperativo g. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el señor Jose Antonio Paez Ramirez, identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 1.032.505.696, y Tarjeta Profesional Nro. 387067 del C.S. de la J queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

REFORMAS DE ESTATUTOS

DOCUMENTO NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
2948	24- VI-1.970	10A.	18- VII-1995 NO.501.105
ACTA NO.5	7- III-1.975	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.107
ACTA NO.9	9- III-1.979	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.109
ACTA NO.14	18- III-1.984	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.111
ACTA NO.16	14- III-1.986	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.112
ACTA NO.18	18- III-1.988	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.114
ACTA NO.20	20- IV-1.990	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.116
ACTA NO.23	16- IV-1.993	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.118
2.292	15- IX-1.995 17	STAFE BTA	20- IX-1995 NO.509.260

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0000612 del 15 de junio de 1999 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00687777 del 12 de julio de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0000612 del 15 de junio de 1999 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00735093 del 29 de junio de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0000865 del 25 de agosto de 1999 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00694184 del 31 de agosto de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0000991 del 1 de agosto de 2000 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00740345 del 10 de agosto de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0000505 del 9 de julio de 2002 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00837769 del 29 de julio de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0001167 del 5 de julio de 2005 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	01002268 del 21 de julio de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0002238 del 21 de octubre de 2008 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	01259165 del 1 de diciembre de 2008 del Libro IX
E. P. No. 805 del 19 de mayo de 2011 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	01482321 del 26 de mayo de 2011 del Libro IX
E. P. No. 2194 del 27 de octubre de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	00015205 del 6 de noviembre de 2014 del Libro XIII
E. P. No. 1762 del 13 de noviembre de 2014 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	00015230 del 3 de diciembre de 2014 del Libro XIII
E. P. No. 701 del 7 de junio de 2017 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	00031039 del 12 de junio de 2017 del Libro XIII
E. P. No. 1114 del 30 de octubre de 2020 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	00031938 del 6 de noviembre de 2020 del Libro XIII
E. P. No. 0015 del 14 de enero de	00031986 del 21 de enero de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

2021 de la Notaría 10 de Bogotá D.C. 2021 del Libro XIII

E. P. No. 1011 del 25 de mayo de 2022 de la Notaría 10 de Bogotá D.C. 00032217 del 9 de junio de 2022 del Libro XIII

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 de Bogotá, 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 los 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: 6511
Actividad secundaria Código CIIU: 6512

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C AGENCIA CALLE 100
Matrícula No.: 03092207

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Fecha de matrícula: 30 de marzo de 2019
Último año renovado: 2024
Categoría: Agencia
Dirección: Calle 100 # 9 A - 45, Torre 3, Piso 14
Municipio: Bogotá D.C.

Mediante Oficio No. 266 del 09 de mayo de 2023, proferido por el Juzgado 10 Civil del Circuito de Oralidad de Medellín (Antioquia), inscrito el 16 de Mayo de 2023 con el No. 00206313 del Libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia, dentro del proceso ejecutivo conexo al 2021 00427 verbal No. 05001310301020230016600 de Martha Inés Londoño Londoño C.C. 32.521.080, contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Mediante Oficio No. DFRI-163-5685 del 08 de septiembre de 2023 de la Secretaría de Hacienda de la Gobernación del Tolima, inscrito el 29 de septiembre de 2023 con el No. 00210922 del libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Mediante Oficio No. 00078 del 06 de febrero de 2024, proferido por el Juzgado 05 Civil del Circuito Oral de Barranquilla (Atlántico), inscrito el 30 de Abril de 2024 con el No. 00222001 del Libro VIII, se decretó el embargo de la agencia de la referencia, dentro del proceso verbal (responsabilidad civil contractual) No. 08001315300520240002200 de Maribel Del Carmen Meriño Meléndez C.C. 26.694.233, YASNEIBYS JUDITH MELENDEZ MERIÑO, C.C. 1.083.432.823, Nairuth Cecilia Meléndez Meriño C.C. 36.385.997 y Mirleidys Judith Meléndez Meriño C.C. 36.386.633, por medio de apoderado judicial Dr. Leonel Esteban Castro Herrera C.C. 1.140.847.020, contra Willmar Benítez Solano C.C. 9.149.757, Carlos Adolfo Barrios Arroyo C.C. 8.510.461, COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL ORIENTE ATLANTICO "COOTRANSORIENTE", NIT. 800.093.500-1, representada legalmente por Jorge Luis Meriño Mercado C.C. 8.570.620 y/o quien haga sus veces; y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5, representada legalmente por Néstor Raúl Hernández Ospina C.C. 72.334.073.

Mediante Auto No. 170 V del 28 de mayo de 2024 proferido por el Juzgado 3 Civil del Circuito de Ejecución de Sentencias de Medellín (Antioquia), inscrito el 14 de Junio de 2024 con el No. 00223211 del Libro VIII, se decretó el embargo de la agencia de la referencia,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

---

dentro del proceso No. 05001 31 03 013 2018 00353 00 de Alejandro López Romaña CC. 1.027.964.832 y Nandry Yulieth Lopez Romaña CC. 1.027.955.702 contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5, Carlos Mario Agudelo Agudelo CC. 71.971.491 y COTRANSUROCCIDENTE NIT. 800.147.567-8.

Mediante Oficio No. 535 del 21 de noviembre de 2024 proferido por el Juzgado 1 Civil del Circuito de Manizales (Caldas), inscrito el 28 de Noviembre de 2024 con el No. 00229105 del Libro VIII, se decretó el embargo de la agencia de la referencia, dentro del proceso ejecutivo a continuación de responsabilidad civil extracontractual No. 170013103001-2022-00048-00 de María Arcenia Zamudio CC. 24.280.441, José Dainer Toro Zamudio CC. 10.273.357, Victor Julio Zamudio CC. 14.999.927, Jhon Jairo Toro Zamudio CC. 10.269.765, María Eliyaneth Toro Zamudio CC. 25.018.404, Maria Amanda Toro Zamudio CC. 30.318.340 y los herederos indeterminados de Víctor Julio Zamudio contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5, TRANSPORTADORA DE SANTAGUEDA S.A. NIT. 800.017.892-1, Uriel Villegas Cardona CC. 10.251.179 y Francisco José Rojas Galvis CC. 15.959.673.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA 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.

TAMAÑO EMPRESARIAL

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 Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 697.731.109.626

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 1 de septiembre de 2016. Fecha de envío de información a Planeación : 3 de febrero de 2025. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.
****
****
****
****
****

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de febrero de 2025 Hora: 11:36:27
Recibo No. AA25182893
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25182893742AC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos 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.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

CONSTANZA PUENTES TRUJILLO

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 17/02/2025 - 15:18:47
Recibo No. S001698100, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9M553bmGQA

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 para notificación 2 : 6088661838

La persona jurídica **NO** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016, con el No. 46224 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

Objeto social. Conforme a lo dispuesto en la legislación comercial colombiana y con base en lo

---

consagrado por el artículo 75 de la ley 1564 de 2012, código general del proceso, según el cual podrá otorgarse poder a una persona jurídica cuyo objeto social principal sea la prestación de servicios jurídicos. En este evento, podrá actuar en el proceso cualquier profesional del derecho inscrito en su certificado de existencia y representación legal. Lo anterior, sin perjuicio de que la persona jurídica pueda otorgar o sustituir el poder a otros abogados ajenos a la firma. Las cámaras de comercio deberán proceder al registro de que trata este inciso, la sociedad sanchez toscano & cia s.A.S contará con el personal idóneo y competente para ejecutar el siguiente objeto principal: 1) La prestación de servicios en asesoría y gestión profesional y jurídica, 2) celebración y ejecución de contratos con entidades financieras y del sector real, compra y venta de cartera y administración de gestión y recuperación de recaudos, 3) celebración y ejecución de contratos, capacitaciones, estudios, análisis, recuperación de cartera, venta de cartera hipotecarias, comerciales, y en general todos los procesos de asesoría en el sector privado comercial y gubernamental, 4) a) adquirir, vender, permutar, o construir tomar o dar en arrendamiento bienes raíces o inmuebles rurales o urbanos para los objetos antes mencionados a su favor. B) solicitar y obtener cartas de crédito los objetos antes mencionados. C) constituir gravámenes reales o personales y aceptar los que le sean otorgados a su favor. D) solicitar y obtener cartas de crédito, girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar, negociar y descontar toda clase de títulos valores. E) tomar o dar dinero en mutuo o préstamo, con o sin garantía de los bienes sociales, sea con particulares, establecimientos, corporaciones financieras y demás entidades que se dediquen a operaciones de incremento comercial e industrial. F) participar en toda clase de licitaciones concursos públicos o privados y ejecutar los actos o contratos complementarios de los anteriores y los demás que tenga relación con la existencia y financiamiento de la sociedad. G) elaboración de reglamentos de propiedad horizontal y asesoría jurídica de todo lo relacionado con los bienes raíces. H) realizar todo tipo de relaciones jurídicas, administrativas, comerciales y demás transacciones que tengan que ver con el objeto social. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad. La sociedad no podrá garantizar obligaciones de terceros.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	$ 50.000.000,00
No. Acciones	500.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 100,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

gerencia. El uso de la razon social de la compañia y su representacion legal y administrativa estaran a cargo de un gerente que podra tener uno o varios suplentes, quienes remplazaran al gerente en sus faltas absolutas, temporales o accidentales con las mismas facultades y atribuciones de este, designados por la asamblea de accionistas. En el gerente delegan los socios la personeria de la empresa y su administracion con las mas amplias facultades dispositivas y administrativas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

funciones. Además de los actos de disposición y administración concernientes al giro ordinario de las operaciones de la sociedad, son atribuciones del gerente: A) representar legalmente a la sociedad y celebrar toda clase de actos o contratos sin límite de cuantía. B) ejecutar las decisiones y órdenes de la asamblea de accionistas y convocarla cuando así lo requieran los intereses sociales. C) custodiar los bienes sociales. D) informar cada seis (6) meses a la asamblea de accionistas acerca de los negocios ejecutados y a ejecutarse. E) rendir los informes respectivos y presentar los balances anuales correspondientes. F) constituir apoderados o mandatarios que representen a la sociedad judicial administrativa o extrajudicialmente. G) nombrar y remover los empleados de la sociedad que no sean de la competencia de la asamblea de accionistas y fijarles su remuneración. H) designar y/o remover directamente y mediante documento privado que será objeto de registro en la cámara de comercio del domicilio social de la empresa, a los profesionales en derecho que actuarán como abogados inscritos.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016 con el No. 46224 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	MIREYA SANCHEZ TOSCANO	C.C. No. 36.173.846
SUPLENTE	JUAN SEBASTIAN SUAZA SANCHEZ	C.C. No. 1.075.229.477

PODERES

Por documento privado del 13 de enero de 2020 de el Representante Legal, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 15 de enero de 2020 con el No. 55707 del libro IX, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a **MARIA CAMILA MEJIA TRUJILLO identificado con CC. No. 1075262023** y **JESUS ALBERTO CEDEÑO TORRES identificado con CC. No. 7729739** y **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA identificado con CC. No. 1075285045**, para que

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 17/02/2025 - 15:18:47
Recibo No. S001698100, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9M553bmGQA

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: 17/02/2025 - 15:18:47
Recibo No. S001698100, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9M553bmGQA

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.

---

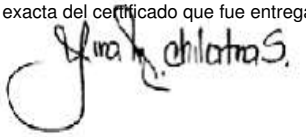
expedición.

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.



Yira Marcela Chilatra Sanchez
Secretaria Jurídica

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****