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	62546	8,117,875,900	$859,934	$19,692
2	62547	8,117,875,900	$6,281,990	$158,400
3	63868	8,123,377,900	$2,206,860	$795,292
4	63869	8,123,377,900	$5,081,904	$1,148,739
5	63874	8,120,434,700	$2,734,845	$1,434,758
6	63875	8,120,434,700	$1,162,000	$122,400
7	63915	8,119,450,700	$2,034,892	$1,665,700
8	63918	8,121,306,700	$1,418,892	$1,418,892
9	63951	8,120,608,601	$2,422,316	$1,587,058
10	63995	8,109,943,900	$2,993,866	$240,184
11	63996	8,109,943,900	$7,174,924	$2,813,600
12	63998	8,107,846,100	$10,430,730	$122,400
13	64044	8,115,229,300	$2,844,592	$1,459,400
14	64045	8,115,229,300	$2,774,600	$122,400
15	64046	8,115,229,300	$9,378,678	$1,031,857
16	64056	8,119,337,700	$4,295,278	$2,473,084
17	64057	8,119,337,700	$3,623,258	$122,400
18	64171	8,121,002,800	$846,145	$80,000
19	64262	8,121,304,200	$4,452,131	$975,300
20	64263	8,121,304,200	$2,780,522	$212,530
21	64327	8,114,922,800	$1,014,008	$95,892
22	64328	8,114,922,800	$4,326,030	$239,430
23	64431	8,120,791,000	$3,442,900	$2,178,200
24	64448	8,123,604,000	$690,292	$10,300
25	64478	8,123,150,300	$2,523,319	$169,792
26	64510	8,121,964,500	$2,694,992	$67,900
27	64538	8,119,113,100	$522,700	$28,800
28	64564	8,119,064,000	$733,100	$181,000
29	64635	8,123,078,100	$504,400	$64,000
			TOTAL $	**21,039,400**

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. $ 19,692 saldo insoluto de la **factura No. 62546,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

2. $ 158,400 saldo insoluto de la **factura No. 62547,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

3. $ 795,292 saldo insoluto de la **factura No. 63868,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

4. $ 1,148,739 saldo insoluto de la **factura No. 63869,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

5. $ 1,434,758 saldo insoluto de la **factura No. 63874,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

6. $ 122,400 saldo insoluto de la **factura No. 63875,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

7. $ 1,665,700 saldo insoluto de la **factura No. 63915,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

8. $ 1,418,892 saldo insoluto de la **factura No. 63918,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

9. $ 1,587,058 saldo insoluto de la **factura No. 63951,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

10. $ 240,184 saldo insoluto de la **factura No. 63995,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

11. $ 2,813,600 saldo insoluto de la **factura No. 63996,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

12. $ 122,400 saldo insoluto de la **factura No. 63998,** presentada para su pago el **07/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

13. $ 1,459,400 saldo insoluto de la **factura No. 64044,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

14. $ 122,400 saldo insoluto de la **factura No. 64045,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

15. $ 1,031,857 saldo insoluto de la **factura No. 64046,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

16. $ 2,473,084 saldo insoluto de la **factura No. 64056,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

17. $ 122,400 saldo insoluto de la **factura No. 64057,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

18. $ 80,000 saldo insoluto de la **factura No. 64171,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

19. $ 975,300 saldo insoluto de la **factura No. 64262,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

20. $ 212,530 saldo insoluto de la **factura No. 64263,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

21. $ 95,892 saldo insoluto de la **factura No. 64327,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

22. $ 239,430 saldo insoluto de la **factura No. 64328,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

23. $ 2,178,200 saldo insoluto de la **factura No. 64431,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

24. $ 10,300 saldo insoluto de la **factura No. 64448,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

25. $ 169,792 saldo insoluto de la **factura No. 64478,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

26. $ 67,900 saldo insoluto de la **factura No. 64510,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

27. $ 28,800 saldo insoluto de la **factura No. 64538,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

28. $ 181,000 saldo insoluto de la **factura No. 64564,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) y hasta que se verifique su pago.

29. $ 64,000 saldo insoluto de la **factura No. 64635,** presentada para su pago el **15/10/2024,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16/11/2024) 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 **29** 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 $22.495.960** correspondientes a **$21,039,400 de capital y $1.456.560 por intereses moratorios**, no superan los 20 S.M.L.M.V., es el Juez Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Neiva el indicado para conocer del proceso.

En concordancia con el art 121 de Ley 1438 de 2011, corresponde señalar que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), es un servicio público y hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Empero, la calidad de entidad prestadora de servicio de salud, no se hace extensiva a las compañías aseguradoras que comercializan el SOAT por el solo hecho de ofrecerlo al público. **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, entidad que emitió las pólizas a las víctimas de accidentes de tránsito, solo sería actor del sistema de seguridad social al realizar actividades de salud verbigracias como EPS, Empresas que ofrece Planes Voluntarios de Salud o IPS. En resumen, que nos compete, lo establecido en dicho artículo, son sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud las aseguradoras, pero **solo en lo relativo a las actividades de salud que realicen**.

> ***ARTÍCULO 121. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.*** *Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:*
>
> *121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.*

Al estar aquí la demandada como aseguradora y **no como entidad prestadora de servicio de salud**, sino como un ente que expide pólizas de seguro, que por mandamiento legal la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIAS** prestó un servicio a las

víctimas amparadas por dichas pólizas, se generó unas facturas de atención, siendo claro que la parte demandada no es sujeto de la seguridad social para este caso.

Así lo ha dejado claro la Supersalud en concepto No. 2-2017-028967 con referencia 1-2017-032388, por el cual responde a una CONSULTA-RELACIONADA CON APLICACIÓN DE LAS LEYES, DECRETOS, RESOLUCIONES DEL SGSSS A LAS ASEGURADORAS SOAT:

> *"Sobre este interrogante, corresponde señalar que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es un servicio público y* ***hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), empero, esta calidad no se hace extensiva a las compañías aseguradoras que lo comercializan por el solo hecho de ofrecerlo al público****; a menos que se constituyan como actores del SGSSS y realicen actividades en salud, verbigracia, como EPS, IPS, Empresa que ofrece Planes Voluntarios de Salud, etc.*
>
> *Lo anterior guarda concordancia con lo establecido en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, el cual señala que* ***son sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud las aseguradoras, pero solo en lo relativo a las actividades de salud que realicen****."* (Negrilla fuera de texto)

Concluyendo igualmente:

> *"De esto se colige que,* ***al no encontrarse catalogadas como ERP, las Aseguradoras del SOAT no le son aplicables las normas relatadas por el peticionario****, con* ***excepción de aquellas disposiciones consagradas en la Ley 100 de 1993 y el Decreto 780 de 2016 sobre funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito****."* (Negrilla fuera de texto)

Ahora bien, el **Decreto 4747 de 2007**, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones", en su artículo 3 Literal b), establece cuales son las Entidades responsables del pago de servicios de salud, no incluyendo a las aseguradoras. Por lo tanto, es otro argumento para establecer que las aseguradoras no hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

> ***Artículo 3. Definiciones.*** *Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones.*
>
> ***b.*** *Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.*

Por todo lo anterior se considera que corresponde a este despacho el conocimiento de esta Litis.

PRUEBAS Y ANEXOS

Pruebas Documentales:

Facturas enunciadas en la pretensión PRIMERA del escrito de la demanda, con los siguientes anexos: formulario FURIPS, epicrisis o resumen historia clínica, fotocopia de la póliza, fotocopia de documento de identidad, fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo, fotocopia SOAT o resultado búsqueda RUNT.

Anexos:

- Poder que me legitima para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal de la demandada y la demandante.
- Certificado de existencia y representación legal de la empresa Sánchez Toscano & CIA
- Liquidación del crédito a 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. 62546, 62547, 63868, 63869, 63874, 63875, 63915, 63918, 63951, 63995, 63996, 63998, 64044, 64045, 64046, 64056, 64057, 64171, 64262, 64263, 64327, 64328, 64431, 64448, 64478, 64510, 64538, 64564, 64635,** 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

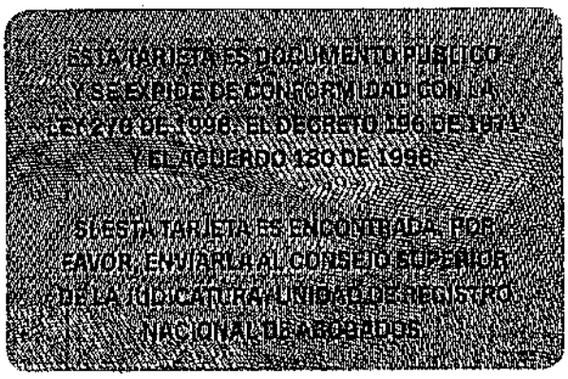
PODER CLINICA FRACTURA VS LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO 62546-64635

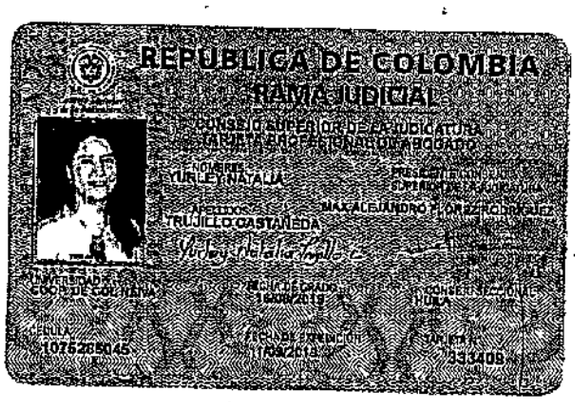
Desde contabilidad@fracturasyortopedia.com <contabilidad@fracturasyortopedia.com>
Fecha Vie 14/02/2025 10:33 AM
Para 'Mireya Sanchez Toscano' <mireyasanchezt@hotmail.com>

1 archivo adjunto (159 KB)
PODER 62546-64635.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. 62546-64635, 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 ,2024.08.05	16:16:52	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62546

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 177253
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.04.02 - 01:42 | 2024.04.02 - 07:48

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY EDAD : 47 Años
DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 TESALIA TELEFONO: 3214339856
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
462302	EQUIPO MACROGOTEO								4	4,800	19,200
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257-06	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								1	3,758	3,758
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
10121-03	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG								4	15,000	60,000
220017-01	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP								2	17,500	35,000
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.02	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.02	873206		HOS				1	69,700	69,700
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.04.02	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.04.02	902208						1	34,300	34,300
19749	NITROGENO UREICO	2024.04.02	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.04.02	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.04.02	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.04.02	890602		FGR				1	61,200	61,200
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.04.02	890701		HOS				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.04.02	S22101		VIC				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 CAM[illegible] ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO.
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOP[illegible] NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De[illegible] Fecha: 2024-12-[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hast[illegible]-00080000 Autorizada

Recibido!
7 de Octubre del 2024
20396924

Cufe: d6f24e29155b093d6f562f4e9aa3e5592991411669a4b29391537c47a6db7[illegible]0fb6c7[illegible]514f[illegible]8477bb0098fe7a7b22c

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.356.451 - 0

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.08.05	16:16:52	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62546

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 177263
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.04.02 - 01:42 2024.04.02 - 07:48

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY EDAD : 47 Años
DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 TESALIA TELEFONO: 3214339856
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
452302	EQUIPO MACROGOTEO								4	4,800	19,200
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015601	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
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								1	3,758	3,758
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,600	2,600
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
10121-03	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG								4	15,000	60,000
220017-01	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP								2	17,500	35,000
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.02	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.04.02	873206		HOS				1	69,700	69,700
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.04.02	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.04.02	902208						1	34,300	34,300
19749	NITROGENO UREICO	2024.04.02	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.04.02	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.04.02	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.04.02	890602		FGR				1	61,200	61,200
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.04.02	890701		HOS				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.04.02	S22101		VIC				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: d6f24e29155b093d6f562f4e9aa3e5592991411669a4b29391537c47a6db7e0fb6c7ffc51cf4f8477bb0098fe7a7b22c

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	16:16:52	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62546

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

VALOR BRUTO:	859,934	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	859,934

SON: OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.05 04:23:05 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: d6f24e29155b093d6f562f4e9aa3e5592991411669a4b29391537c47a6db7e0fb6c7ffc51ef4f8477bb0098fe7a7b22c

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

2

FACTURA:	62546
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 840,242
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 19,692
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

20

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- 62546

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
RAMIREZ	VIEDA

1er.Nombre	2do.Nombre
YOBANY	

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

No. Documento: 26472063

De: 41797 Fecha de Nacimiento: 22/09/1976 Sexo: F [X] M O

Direccion: CALLE 9 N 8 - 22

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3214339856

Municipio: TESALIA Cod. 797

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: CALLE 8 CON CARRERA 7 ESQUINA

Fecha Evento/Accidente: 24/03/2024 Hora: 13:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TESALIA Cod. 797 Zona: U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PECIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMT66G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN UNA PENDIENTE AL LEVANTARSE LA MOTO 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: PMT66G

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 81178759 Cobro excedente Poliza Si No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 07/09/2023 Hasta: 06/09/2024

30

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
BONILLA	RAMIREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JEAN	CARLOS

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1192757014

Direccion: BARRIO EMAYA
Departamento: HUILA **Cod.** 41
Municipio: TESALIA **Cod.** 797 **Telefono:** 3119534346 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
LUCUMI	VALENCIA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JHON	JAIRO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 10559731

Direccion: BARRIO EMAYA
Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3119534346
Municipio: TESALIA **Cod.** 797

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]
Fecha de Remision: 01/04/2024 a las 00:00
Prestador que remite: ESE HOSPITAL SANTA TERESA **Codigo de inscripcion:** 417970048201
Direccion: CALLE 4 NO. 4 - 38 **Telefono:** 8377004 HUILA-TESALIA
Profesional que Remite: HAROLD AVILA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 01/04/2024 a las 00:15
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: 02/04/2024 a las 01:42
Diagnostico presuntivo de Ingreso
Diagnostico definitivo de Ingreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO
Diagnostico relacionado de Ingreso
S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Fecha de Egreso: 02/04/2024 a las 07:48
Diagnostico presuntivo de Egreso
Diagnostico definitivo de Egreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO
Diagnostico relacionado de Egreso
S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

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**
SALGADO	

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1075271438

N·mero de Registro de Medicó 1075271438

29

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	859934	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. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:			

TEL: 3214339856

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.04.02 — HORA DE INGRESO: 01:42
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.04.02 — HORA DE EGRESO: 07:48
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S910 - HERIDA DEL TOBILLO
CONFIRMADO: S910 - HERIDA DEL TOBILLO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.04.02-02:11:21 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PECIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMT66G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN UNA PENDIENTE AL LEVANTARSE LA MOTO CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 01+38 HORAS
INGRESA PACIENTE REMITIDA DE TESALIA, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24/03/2024, OCASIONANDO TRAUMATISMO CON HERIDA ABIERTA DE TOBILLO IZQUIERDO, POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON TOXOIDE TETANICO, SUTURAN HERIDA Y DAN EGRESO CON NAPROXENO Y CEFALEXINA AMBULATORIO, POSTERIORMENTE PACIENTE DESDE EL 31/03/2024 VIENE PRESENTANDO DOLOR TIPO ARDOR, ENROJECIMIENTO, EDEMA Y DEHISCENCIA DE SUTURA DE HERIDA POR LO QUE CONSULTA NUEVAMENTE A HOSPITAL LOCAL, 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: 115/75 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.2 TALLA: 170 PESO: 103 IMC: 36 SATO2: 98 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 NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO 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

25

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES SIMETRICAS, CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDA COMPLEJA EN FORMA DE V EN TOBILLO IZQUIERDO CARA MEDIAL, SUTURADA CON DEHISCENCIA DE ALGUNOS PUNTOS, EDEMA, ERITEMA, TUMEFACCION, ALGUNAS ZONAS DE RENITENCIA Y DOLOR PERILESIONAL.
<<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 TRAUMATOLOGIA

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 TRAUMATOLOGIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR, BUN, CREATININA
SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE TOBILLO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 16, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 4 AMPOLLAS IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR A 40 CC/HORA Y PARA DILUCIONES, 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

AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 3 GR IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.04.02-02:32:37 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: 02:13 / 02:20 DURACION: 00:06

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 TOBILLO IZQUIERDO. SE OBSERVA HERIDA CON PRESENCIA DE RUBOR, 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: 24.04.02-06:22:30 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: 10350, NEU: 73.4, LIN: 15, HGB: 14.6, HCTO: 41, PLQ: 167000

TP: 14.5, TTP: 32, INR: 0.96

BUN: 15, CREATININA: 0.9

HEMOGRAMA DE BAJO RIESGO INFECCIOSO, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA

*SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

PENDIENTE ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE TOBILLO IZQUIERDO

*** FECHA: 24.04.02-06:44:18 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR CELULITIS POSTRAUMA, AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA Y ANTIMICROBIANO, SE TOMA IMAGENES ENCONTRÁNDOSE NORMALES, TIENE PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA Y REALIZACION DE ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE TOBILLO IZQUIERDO, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON CONTROL DEL DOLOR, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR AHORA CONTINUAR EN VIGILANCIA CLINICA Y MANEJO INSTAURADO, ATENTOS A EVOLUCION, SE LE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUA EN OBSERVACION.
PENDIENTE VALORACION POR TRAUMATOLOGIA.
MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL
PREVENIR CAIDAS - CAMILLA CON BARANDAS
VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CUALQUIER ALTERACION.

*** FECHA: 24.04.02-07:38:14 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON HERIDA EN TOBILLO IZQ POR LO QUE FUE SUTURADA EN TESALIA EVOLUCIONANDO CON SECRECION DE LA HERIDA Y S E HA PUESTO NEGRA .
AL EXAMEN FISICO: TOBILLO IZQ HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMEINTO CON SECRECION SEROPURULENTA Y CONGAJO CON PROBABLE NECROSIS . BUENA MOVILIDAD DE TOBILLO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDA INFECTADA DE TOBILLO IZQ CON NECROSIS DE PIEL
PLAN: HOSPITALIZAR CON ANTIBIOTICOTERAPIA Y CURACIONES SEGUN GUIAS .
SUSPENDER ECOGRAFIA

*** FECHA: 24.04.02-07:47:54 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 HISOTIRA CLINCIA DESCRITA VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA HOSPITALIZAR PARA MANEJO ANTIBIOTICO, SE TRASLADA A HOSPITALIZACION.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.04.02-07:48:43 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: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.02-07:48:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S910 - HERIDA DEL TOBILLO		

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

Dr. Horacio Ordoñez S.
Medico - USCO
R.M. 1075271438

DR@. HORACIO ORDOÑEZ SALGADO
REG. MED: 1075271438

21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 177253

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -177253 **Fecha** 2024/04/2

Nombre Paciente: RAMIREZ VIEDA YOBANY - 26472063 **Edad:** 47 **Sexo:** F

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

Diagn¾sticos Previos:

1. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
3. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
4. S910-HERIDA DEL TOBILLO
5. L031-CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
3. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
4. S910-HERIDA DEL TOBILLO
5. L031-CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

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 TOBILLO IZQUIERDO. SE OBSERVA HERIDA CON PRESENCIA DE RUBOR, 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

Valentina IC
QUIEN REALIZA

Yoda Ramirez
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,29-May-2024 09:56:3

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:** 2024.04.0	01:42
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	47 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY	1 NIVEL I		TESALIA	CALLE 9 N 8 - 22	3214339856

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.04.02	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2024.04.02	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2024.04.02	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2024.04.02	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2024.04.02	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	VIC	1.00

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **N° POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 2 de abril de 2024						
02:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	EQUIPO MACROGOTEO	4.00		NOCHE	DIS1	
02:12:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	DIS1	
02:12:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
02:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	
02:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 24.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202404020002

RAMIREZ VIEDA YOBANY

202404020002

Documento	: CC26472063	Género	: Masculino
F. Nacimiento	: 1977-04-02	Edad	: 47 Años
Dirección	:	Teléfono	:
EPS			

Sede		Servicio	: URGENCIA
Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS		
Municipio			
F. Ingreso	: 2024-04-02 02:47:33 am	F. Impreso	: 2024-04-02 05:23:09 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	10.35	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.60	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	14.6	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	41.0	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	89.1	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.9	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.7	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	167	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	73.4	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	15.0	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	7.2	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	4.40	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	7.59	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	1.55	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.75	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.46	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	10.9	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	47.6	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.9	%	11.5 - 14.5
PDW	15.9		
PCT	0.181	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
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.	0.9	mg/dl	0.7 - 1.3

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202404020002

RAMIREZ VIEDA YOBANY

202404020002

Documento	: CC26472063	**Género**	: Masculino
F. Nacimiento	: 1977-04-02	**Edad**	: 47 Años
Direcolón	:	**Teléfono**	:
EPS			

Sede		**Servicio**	: URGENCIA
Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS		
Municipio			
F. Ingreso	: 2024-04-02 02:47:33 am	**F. Impreso**	: 2024-04-02 05:23:09 am

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	14.50	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	32.00	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.96		

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 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 :
d0b1dc0120a124e6155208b2a3e02ab92a521f5b290bc98b7b2547a9ed789fbfd37c5c941fbb2f3de9663a5581671b3d

Número de Factura: FE-10362
Fecha de Emisión: 18/04/2024
Fecha de Vencimiento: 18/05/2024
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 PRESTADO	NIU	1,00	$ 10.184.310,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 10.184.310,00

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE ABRIL DE 2024 (1-10)
Linea de negocio:

14

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-04-18 16:32:11
Documento generado el: 2024-04-18 16:32:11
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	10.164.410,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total bruto factura	10.164.410,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	10.164.410,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	10.164.410,00

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 DIEZ MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL TRECIENTOS DIEZ PESOS MCTE ($10,184,310)

POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2024 (1-10)

ORDEN	CLIENTE	HISTORIA	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	TD	G	PRUEBA	VALOR
TATIANA DEL PILAR TORRES										
202404010001	CLINICA DE FRACTURAS	39763787	TATIANA	DEL PILAR	TORRES		CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404010001	CLINICA DE FRACTURAS	39763787	TATIANA	DEL PILAR	TORRES		CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202404010001	CLINICA DE FRACTURAS	39763787	TATIANA	DEL PILAR	TORRES		CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404010001	CLINICA DE FRACTURAS	39763787	TATIANA	DEL PILAR	TORRES		CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404010001	CLINICA DE FRACTURAS	39763787	TATIANA	DEL PILAR	TORRES		CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404010001	CLINICA DE FRACTURAS	39763787	TATIANA	DEL PILAR	TORRES		CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JUAN SEBASTIAN PEREZ AVILA										
202404010006	CLINICA DE FRACTURAS	1029883335	JUAN	SEBASTIAN	PEREZ	AVILA	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404010006	CLINICA DE FRACTURAS	1029883335	JUAN	SEBASTIAN	PEREZ	AVILA	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404010006	CLINICA DE FRACTURAS	1029883335	JUAN	SEBASTIAN	PEREZ	AVILA	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
KAROL NATALIA SANCHEZ PIERNAGORDA										
202404010007	CLINICA DE FRACTURAS	1014737911	KAROL	NATALIA	SANCHEZ	PIERNAGORDA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404010007	CLINICA DE FRACTURAS	1014737911	KAROL	NATALIA	SANCHEZ	PIERNAGORDA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404010007	CLINICA DE FRACTURAS	1014737911	KAROL	NATALIA	SANCHEZ	PIERNAGORDA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
MARLENY MONTES GUTIERREZ										

202404010035	CLINICA DE FRACTURAS	40601498	MARLENY		MONTES	GUTIERREZ	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404010035	CLINICA DE FRACTURAS	40601498	MARLENY		MONTES	GUTIERREZ	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404010035	CLINICA DE FRACTURAS	40601498	MARLENY		MONTES	GUTIERREZ	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
ADRIAN ROMERO RUBIANO										
202404010041	CLINICA DE FRACTURAS	1075545991	ADRIAN		ROMERO	RUBIANO	RC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404010041	CLINICA DE FRACTURAS	1075545991	ADRIAN		ROMERO	RUBIANO	RC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404010041	CLINICA DE FRACTURAS	1075545991	ADRIAN		ROMERO	RUBIANO	RC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
CARLOS ALBERTO BECERRA ALVARADO										
202404010047	CLINICA DE FRACTURAS	7707751	CARLOS	ALBERTO	BECERRA	ALVARADO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404010047	CLINICA DE FRACTURAS	7707751	CARLOS	ALBERTO	BECERRA	ALVARADO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404010047	CLINICA DE FRACTURAS	7707751	CARLOS	ALBERTO	BECERRA	ALVARADO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
NORLY ANDREA CASTRO POLANIA										
202404010048	CLINICA DE FRACTURAS	55116226	NORLY	ANDREA	CASTRO	POLANIA	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404010048	CLINICA DE FRACTURAS	55116226	NORLY	ANDREA	CASTRO	POLANIA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202404010048	CLINICA DE FRACTURAS	55116226	NORLY	ANDREA	CASTRO	POLANIA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404010048	CLINICA DE FRACTURAS	55116226	NORLY	ANDREA	CASTRO	POLANIA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404010048	CLINICA DE FRACTURAS	55116226	NORLY	ANDREA	CASTRO	POLANIA	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DEIVY FABIAN VARGAS PINEDA										
202404020001	CLINICA DE FRACTURAS	1082803222	DEIVY	FABIAN	VARGAS	PINEDA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404020001	CLINICA DE FRACTURAS	1082803222	DEIVY	FABIAN	VARGAS	PINEDA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404020001	CLINICA DE FRACTURAS	1082803222	DEIVY	FABIAN	VARGAS	PINEDA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
YOBANY RAMIREZ VIEDA										

202404020002	CLINICA DE FRACTURAS	26472063	YOBANY		RAMIREZ	VIEDA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404020002	CLINICA DE FRACTURAS	26472063	YOBANY		RAMIREZ	VIEDA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404020002	CLINICA DE FRACTURAS	26472063	YOBANY		RAMIREZ	VIEDA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404020002	CLINICA DE FRACTURAS	26472063	YOBANY		RAMIREZ	VIEDA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404020002	CLINICA DE FRACTURAS	26472063	YOBANY		RAMIREZ	VIEDA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
FAIVER CORTEZ URIBE										
202404020004	CLINICA DE FRACTURAS	7713902	FAIVER		CORTEZ	URIBE	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404020004	CLINICA DE FRACTURAS	7713902	FAIVER		CORTEZ	URIBE	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202404020004	CLINICA DE FRACTURAS	7713902	FAIVER		CORTEZ	URIBE	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404020004	CLINICA DE FRACTURAS	7713902	FAIVER		CORTEZ	URIBE	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404020004	CLINICA DE FRACTURAS	7713902	FAIVER		CORTEZ	URIBE	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404020004	CLINICA DE FRACTURAS	7713902	FAIVER		CORTEZ	URIBE	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
RICARDO RONDON MONROY										
202404020006	CLINICA DE FRACTURAS	12138301	RICARDO		RONDON	MONROY	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404020006	CLINICA DE FRACTURAS	12138301	RICARDO		RONDON	MONROY	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404020006	CLINICA DE FRACTURAS	12138301	RICARDO		RONDON	MONROY	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
NELSON ENRIQUE SANCHEZ MACIAS										
202404020037	CLINICA DE FRACTURAS	86069956	NELSON	ENRIQUE	SANCHEZ	MACIAS	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404020037	CLINICA DE FRACTURAS	86069956	NELSON	ENRIQUE	SANCHEZ	MACIAS	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404020037	CLINICA DE FRACTURAS	86069956	NELSON	ENRIQUE	SANCHEZ	MACIAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404020037	CLINICA DE FRACTURAS	86069956	NELSON	ENRIQUE	SANCHEZ	MACIAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500

202404100015	CLINICA DE FRACTURAS	1608603	LUIS	HUMBERTO	QUINTERO	GONZALEZ	CC	M	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	40,500
202404100015	CLINICA DE FRACTURAS	1608603	LUIS	HUMBERTO	QUINTERO	GONZALEZ	CC	M	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	48,900
202404100015	CLINICA DE FRACTURAS	1608603	LUIS	HUMBERTO	QUINTERO	GONZALEZ	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
EDY SANTIAGO PASTRANA BEJARANO											
202404100022	CLINICA DE FRACTURAS	1003805063	EDY	SANTIAGO	PASTRANA	BEJARANO	CC	M	NITROGENO UREICO	$	16,500
202404100022	CLINICA DE FRACTURAS	1003805063	EDY	SANTIAGO	PASTRANA	BEJARANO	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$	20,700
202404100022	CLINICA DE FRACTURAS	1003805063	EDY	SANTIAGO	PASTRANA	BEJARANO	CC	M	Hemograma IV	$	34,300
202404100022	CLINICA DE FRACTURAS	1003805063	EDY	SANTIAGO	PASTRANA	BEJARANO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202404100022	CLINICA DE FRACTURAS	1003805063	EDY	SANTIAGO	PASTRANA	BEJARANO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202404100022	CLINICA DE FRACTURAS	1003805063	EDY	SANTIAGO	PASTRANA	BEJARANO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
ANDERSON AGUIRRE ROA											
202404100026	CLINICA DE FRACTURAS	1193523473	ANDERSON		AGUIRRE	ROA	CC	M	Hemograma IV	$	34,300
202404100026	CLINICA DE FRACTURAS	1193523473	ANDERSON		AGUIRRE	ROA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202404100026	CLINICA DE FRACTURAS	1193523473	ANDERSON		AGUIRRE	ROA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
AMIRA ESTEFANIA MONTEALEGRE VARGAS											
202404100028	CLINICA DE FRACTURAS	1003808904	AMIRA	ESTEFANIA	MONTEALEGRE	VARGAS	CC	F	NITROGENO UREICO	$	16,500
202404100028	CLINICA DE FRACTURAS	1003808904	AMIRA	ESTEFANIA	MONTEALEGRE	VARGAS	CC	F	Hemograma IV	$	34,300
202404100028	CLINICA DE FRACTURAS	1003808904	AMIRA	ESTEFANIA	MONTEALEGRE	VARGAS	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202404100028	CLINICA DE FRACTURAS	1003808904	AMIRA	ESTEFANIA	MONTEALEGRE	VARGAS	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202404100028	CLINICA DE FRACTURAS	1003808904	AMIRA	ESTEFANIA	MONTEALEGRE	VARGAS	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
TOTAL										*$*	*11,315,900*
DESCUENTO 10%										*$*	*1,131,590*
TOTAL A CANCELAR										*$*	*10,184,310*

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.06.29
HORA:	08:36:14
PAGINA No:	1

Numero: 88396 Fecha Ex. 02/04/24 Hora 16:54
Nombre Paciente: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY
Dirección: CALLE 9 N 8 - 22 Telefono:3214339856 Edad:47 A Sexo:F
Medico: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos del antepie.

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 importante edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.
No se descarta la posibilidad de esguince.
Espolón calcáneo plantar posterior.

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, 02/04/2024

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Yobany Ramirez Viviana identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 26412063, 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 02/04/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

Yodar

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

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10086922
01/04/2024 7:44:00 PM
Historia Clínica No.
26472063

IDENTIFICACION

Paciente : YOBANY RAMIREZ VIEDA
Entidad: SEGUROS LA EQUIDAD
País: COLOMBIA **Departamento:** HUILA
Dirección: CLL9 8-22 (LOS PINOS)

Identificación No.: CC No. 26472063
Fecha Nacimiento: 22 - sept. - 1976
Ciudad: TESALIA **Edad:** 47 Años **Sexo** F
Teléfonos: 3214339856

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: lunes, 1 de abril de 2024 **Hora:** 19:09 Triage: Tipo III
Acompañante:
Dirección: Tel.

Paciente llega por sus propios medios?
Sí Cual
Estado:

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

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
LA HERIDA SE ME INFECTO.
PRESENCIAL.

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD LA CUAL VIENE POR QUE HACE 8 DIAS SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, LO QUE LE PRODUJO HERIDA EN PIE IZQUIERDO, REGION DEL TALON CARA INTERNA, LA CUAL PRESENTA DOLOR, EDEMA ERITEMA Y SECRECION PURULENTA. POR LO QUE ACUDE.

Antecedentes

PATOLOGICOS
- MIGRAÑA- OBESIDAD
GASTRITIS CRONICA SIN TRATAMIENTO.
FARMACOLOGICOS
- NO RECUERDA
HOSPITALARIOS
- HACE 1 MES POR CRISIS MIGRAÑOSA
QUIRURGICOS
- NIEGA
TRAUMATICOS
- NIEGA
OBSTETRICOS
- Nacivos Vivos
- Cuantos Viven
- Número de Gestas
- Número de Partos Vaginales
TOXICOS
- NIEGA
ALERGICOS
- NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

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

EXAMEN FISICO

Presión Arterial: 158 / 82 //Frecuencia Cardiaca: 82 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 105 //Talla: 175 //I.M.C.: 34.29 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 107.33

EXAMEN FÍSICO
*Estado General: Regulares condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: PRESENTA HERIDA EN CARA INTERNA DEL TALON IZQUIERDO EN V, DE +/- 9 CM, CON PINTOS DE SUTURA, EDEMA, ERITEMA Y SECRECION PURULENTA. DOLOR INTENSO. EDEMA DEL CUELLO DEL PIE. *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

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

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

IMPRESION DIAGNOSTICA

6

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10086922
01/04/2024 7:44:00 PM
Historia Clínica No.
26472063

- Principal (L039) CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD LA CUAL VIENE POR CELULITIS EN PIE IZQUIERDO SECUNDARIO A HERIDA INFECTADA, LA CUAL SE PRODUJO LUEGO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, REFIERE QUE HA ESTADO CON MEDICACION SIN MEJORIA, HOY PRESENTA DOLOR Y LO DESCRITO. SE DECIDE ORDENAR HOSPITALIZAR PERO SE INFORMA DE PARTE DE FACTURACION QUE POR SER SOAT NO SE PUEDE Y QUE DEBE SER REMITIDA. SE DAN LAS SIGUIENTES ORDENES.

Conducta a seguir:
1. DIETA COMUN.
2. SELLO VENOSO.
3. OXACILINA 2 GRAMOS IV CADA 6 HORAS.
4. CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 8 HORAS
5. DIPIRONA 1 GRAMO IV CADA 8 HORAS
6. IBUPROFENO 400 MG VO CADA 8 HORAS.
7. CURACIONES POR ENFERMERA JEFE CADA 12 HORAS.
8. REMISION A II NIVEL PARA MANEJO.
9. CSV Y AC.

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
228154 - HAROLD JESUS AVILA PALACIO (MEDICINA GENERAL) Fecha: 01/04/2024 Hora: 20:06

1 - QUIK CATH Nos. 16-18-20-22-24 1
- EQUIPO DE VENOCLISIS 1
- Sodio cloruro Solución inyectable 0.9% x 500 ml. 0.9% Solución inyectable 1
4 - BURETROL EQUIPO 1 -
5 - Oxacilina (sal sódica) Polvo para reconstituir 1 gr 1 gr Polvo para reconstituir 2
6 - Dipirona Solución inyectable 40 - 50 % Solución inyectable 1
7 - Jeringa Desechable 10 ml B-D 1
8 - TAPON HEPARINIZADO 1

Harold Avila P. ATENCION ABIERTA

HAROLD JESUS AVILA PALACIO
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1042972804
Firma profesional que da ingreso al paciente

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.472.063
RAMIREZ VIEDA
APELLIDOS
YOBANY
NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1976
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-OCT-2000 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1902500-00536129-F-0026472053-20140120 0036724062A 1 39697383

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	10559731
NOMBRES	JHON JAIRO
APELLIDOS	LUCUMI VALENCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Conductor

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/02/2024 02:02:07	**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

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902023000134234

VR
I

FECHA IMPORT.
22/08/2023

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
12/09/2023

FECHA EXP. LIC. TTO.
12/09/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT07002706326

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029998931

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PMT66G	AKT	AK125NKD EIII	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO MATE	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMI064496E3	N	9F2D51250RB027950

NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2D51250RB027950	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
BONILLA RAMIREZ JEAN CARLOS	C.C.1192757014

2

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:	**PMT66G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10029998931**	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:	**157FMI064496E3**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D51250RB027950**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D51250RB027950**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**12/09/2023**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8117875900	06/09/2023	07/09/2023	06/09/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-62546 fechada el dia 24.08.05 cuyo paciente es RAMIREZ VIEDA YOBANY

HISTORIA No. 26472063

GLOSA No: ZGL-1-48962 **SINIESTRO:** 62546

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313262

equidad seguros

>> 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	SOPORTE SALA DE CURACION E INSUMOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO 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 2: COR-EQUIPO EQUIPO MACROGOTEO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	14400.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	14400.00	SOPORTE DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS E INSUMOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA. INSUMOS UTILIZADOS DURANTE LA ESTANCIA DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION, ES CLARO QUE UN EQUIPO ES PARA LIQUIDOS ENDOVENOSOS Y EL SEGUNDO EQUIPO ES PARA TRATAMIENTO MEDICO (ANTIBIOTICO- ANALGESIA) POR LO TANTO SI SON PERTINENTES Y NECESARIOS.SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-62546 fechada el dia 24.08.05 cuyo paciente es RAMIREZ VIEDA YOBANY

HISTORIA No. 26472063

GLOSA No: ZGL-1-48962 **SINIESTRO:** 62546

>> 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	SOPORTE SALA DE CURACION E INSUMOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO 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 2: COR-EQUIPO EQUIPO MACROGOTEO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	14400.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	14400.00	SOPORTE DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS E INSUMOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA. INSUMOS UTILIZADOS DURANTE LA ESTANCIA DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION, ES CLARO QUE UN EQUIPO ES PARA LIQUIDOS ENDOVENOSOS Y EL SEGUNDO EQUIPO ES PARA TRATAMIENTO MEDICO (ANTIBIOTICO- ANALGESIA) POR LO TANTO SI SON PERTINENTES Y NECESARIOS.SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

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

>> ITEM GLOSADO 3: 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	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTO SUMINISTRADO E INSUMOS

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 (AMPICILINA) 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:	859,934.00
VALOR GLOSADO :	19692.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	19692.00
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.	20306934	**No.**	193341	**Siniestro**	90741373	**No. Factura**	FEC162546
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	24/03/2024	**Fecha aviso**	27/03/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	811787590	**Vigencia**	07/09/2023 **hast** 06/09/2024
Id tomador	1192757014	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	26472063	**Nombre**	YOBANY RAMIREZ VIEDA				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	S900					**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
2	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	139,400	0	139,400
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	19749	NITRÓGENO UREICO		100%	16,500	0	16,500
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	39132	VALORACIÓN 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	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCE (3) EQUIPO MACROGOTEO POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTE DE ACUERDO A TIEMPO DE ESTANCIA Y TRATAMIENTO ADMINISTRADO. NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		21,300	14,800	6,500
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MÁS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN. , , , ,	100%	115,934	4,892	111,042

1001	Cobrado	859,934
1002	Obj. Parcial	19,692
1003	Liquidado	840,242

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 177253

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -177253 **Fecha** 2024/04/2

Nombre Paciente: RAMIREZ VIEDA YOBANY - 26472063 **Edad:** 47 **Sexo:** F

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

Diagn¾sticos Previos:

1. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
3. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
4. S910-HERIDA DEL TOBILLO
5. L031-CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
3. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
4. S910-HERIDA DEL TOBILLO
5. L031-CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

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 TOBILLO IZQUIERDO. SE OBSERVA HERIDA CON PRESENCIA DE RUBOR, 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

Valentina IC
QUIEN REALIZA

Yoda Ramirez
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,29-May-2024 09:56:3

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:	2024.04.0 01:42
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	47 Años		Fecha Egreso :	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY	1 NIVEL I	TESALIA	CALLE 9 N 8 - 22	3214339856

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.04.02	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2024.04.02	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2024.04.02	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2024.04.02	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2024.04.02	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	VIC	1.00

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 2 de abril de 2024						
02:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
02:12:00	EQUIPO MACROGOTEO	4.00		NOCHE	DIS1	
02:12:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	DIS1	
02:12:00	JERINGA X 5ML G-21-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
02:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	
02:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 24.00

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:05:20 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC162546

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:
d6f24e29155b093d6f562f4e9aa3e5592991411669a4b2939153
7c47a6db7e0fb6c7ffc51ef4f8477bb0098fe7a7b22c

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
859934

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:
bb619835459a228ddd675db1a25ba18cfc57f3874aa9cef73242
77ebb9e612c320c6f0e70933f93c3c8d44b9c7e576c7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-05 04:20:05.000 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. FEC162546

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:
d6f24e29155b093d6f562f4e9aa3e5592991411669a4b2939153
7c47a6db7e0fb6c7ffc51ef4f8477bb0098fe7a7b22c

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

CUDE:
2204277731f03bed60bdfb09d8c104cab4be755fa4c3809acda2
ea1f7bddcb86b28255452b0a177ff80c7893d9d23b3f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-05 04:34:46.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
451a2896dc72ab57185e21ef55bd34d6e7815e7581b897b12bf
071a61b81f1b142daff4bccf2905fca1bcf225e1acb0e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:52:53.000 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

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:05:20 AM
Página: 3

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC162546

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:
d6f24e29155b093d6f562f4e9aa3e5592991411669a4b2939153
7c47a6db7e0fb6c7ffc51ef4f8477bb0098fe7a7b22c

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
2fe8c911f58b1a7c95dfd06b87d976b57897f1fd80adea456dd6df
2359987b26273f894eb4e338086bf46dc2cb131db7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:53:04.000 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: 2/8/2025 -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	16:19:00	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62547

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: 177274,177586,178942
FEC-HOR INGRES: 2024.04.02 - 01:42
FEC-HORA EGRESO: 2024.05.02 - 09:05

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY
DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 TESALIA
TELEFONO: 3214339856
EDAD : 47 Años Dias estancia 0

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
15103	DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS, MAS DEL 5% AREA CORPORAL	5-Abr-2024	39005	1	07	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	371,300	371,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	5-Abr-2024	39105	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	218,900	218,900
39118	GRUPO 07	5-Abr-2024	39118	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	97,900	97,900
39209	GRUPO 07	5-Abr-2024	39209	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	697,000	697,000
39303	GRUPOS 07 08 09	5-Abr-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						5	346,900	1,734,500
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
010201	VENOCAT CATETER # 22								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 4-0 DEMETECH								1	0	0
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								21	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
935100	VENDA ELASTICA 6X5								3	5,700	17,100
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								16	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								61	0	0
903816	BAJALENGUAS								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								35	200	7,000
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	2,500	2,500
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								16	500	8,000
	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								39	600	23,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								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 CA... 774 667 CODIGO ... ¡Recibido!
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.181...
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De... Fecha: 202...12.27 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has...-00080000 AUTORIZA
7 de Octubre del 2024

Cufe: f64fdea4e45a12d5438f63042642e8ae6b12d294c53a391473d95f0cf96591e70236e...d62845918c96a0b26...
20306935

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	16:19:00	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62547

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 177274,177586,178942
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.04.02 - 01:42 2024.05.02 - 09:05

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY | EDAD : 47 Años | Dias estancia 0
DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 TESALIA | TELEFONO: 3214339856

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
15103	DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS, MAS DEL 5% AREA CORPORAL	5-Abr-2024	39005	1	07	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	371,300	371,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	5-Abr-2024	39105	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	218,900	218,900
39118	GRUPO 07	5-Abr-2024	39118	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	97,900	97,900
39209	GRUPO 07	5-Abr-2024	39209	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	697,000	697,000
39303	GRUPOS 07 08 09	5-Abr-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						5	348,900	1,734,500
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
010201	VENOCAT CATETER # 22								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 4-0 DEMETECH								1	0	0
	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								21	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
935100	VENDA ELASTICA 6X5								3	5,700	17,100
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								16	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								61	0	0
903816	BAJALENGUAS								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								35	200	7,000
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8,5 MEDISPO								2	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	2,500	2,500
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6,5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								16	500	8,000
	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								39	600	23,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								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: f64fdea4e45a12d5438f63042642e8ae6b12d294c53a391473d95f0cf96591e70236e1f43421e54d62845918c96a0b26

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	16:19:00	2024.09.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 62547

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19942561-06	LACTATO RINGER X 500ML								3	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								10	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								32	4,892	156,544
19996775-01	ISODINE SOLUCION								20	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	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								15	2,500	37,500
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19933608-03	ISODINE ESPUMA X3750								10	0	0
19968374-02	NITROFURAZONA X GRAMO POMADA								10	0	0
19960774-01	BUPIROP 0,5% PESADO AMP								1	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774-02	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
10121-03	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG								80	15,000	1,200,000
19908237-14	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	0	0
220017-01	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP								40	17,500	700,000
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19960016-02	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	1,200	1,200
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
OTROS											
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.04.03	890602		FGR				1	82,800	82,800
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2024.04.04	890602		FGR				1	82,800	82,800
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.04.05	890202		HAP				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.04.05	890202		JHT				1	61,200	61,200
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.04.04	890402		HAP				1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.05.02	890302		HAP				1	71,500	71,500

VALOR BRUTO:	6,281,990	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	6,281,990

SON: SEIS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.08.05 04:25:27 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: f64fdea4e45a12d5438f63042642e8ae6b12d294c53a391473d95f0cf96591e70236e1f43421e54d62845918c96a0b26

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:	62547
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 6,123,590
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 158,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 62547

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
RAMIREZ	VIEDA

1er.Nombre	2do.Nombre
YOBANY	

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

No. Documento: 26472063

De: 41797 Fecha de Nacimiento: 22/09/1976 Sexo: F [X] M O

Direccion: CALLE 9 N°8 - 22

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3214339856

Municipio: TESALIA Cod. 797

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: CALLE 8 CON CARRERA 7 ESQUINA

Fecha Evento/Accidente: 24/03/2024 Hora: 13:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TESALIA Cod. 797 Zona: U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PECIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMT66G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN UNA PENDIENTE AL LEVANTARSE LA MOTO 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: PMT66G

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 81178759 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 07/09/2023 Hasta: 06/09/2024

58.

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
BONILLA	RAMIREZ

1er.Nombre	2do.Nombre
JEAN	CARLOS

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1192757014

Direccion: BARRIO EMAYA
Departamento: HUILA **Cod.** 41
Municipio: TESALIA **Cod.** 797 **Telefono:** 3119534346 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
LUCUMI	VALENCIA

1er.Nombre	2do.Nombre
JHON	JAIRO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 10559731

Direccion: BARRIO EMAYA
Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3119534346
Municipio: TESALIA **Cod.** 797

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]
Fecha de Remision: 01/04/2024 a las 00:00
Prestador que remite: ESE HOSPITAL SANTA TERESA **Codigo de inscripcion:** 417970048201
Direccion: CALLE 4 NO. 4 - 38 **Telefono:** 8377004 HUILA-TESALIA
Profesional que Remite: HAROLD AVILA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 01/04/2024 a las 00:15
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: 02/04/2024 a las 01:42
Diagnostico presuntivo de Ingreso
Diagnostico definitivo de Ingreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO
Diagnostico relacionado de Ingreso
S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Fecha de Egreso: 02/05/2024 a las 09:05
Diagnostico presuntivo de Egreso
Diagnostico definitivo de Egreso
S900 CONTUSION DEL TOBILLO
Diagnostico relacionado de Egreso
S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

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
SALGADO	

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	6281990	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

5c

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

EPICRISIS No. 63299

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.04.02 — HORA DE INGRESO: 01:42
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.05.02 — HORA DE EGRESO: 09:05
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S910 - HERIDA DEL TOBILLO
CONFIRMADO: S910 - HERIDA DEL TOBILLO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.04.02-02:11:21 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PECIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PMT66G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN UNA PENDIENTE AL LEVANTARSE LA MOTO CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 01+38 HORAS
INGRESA PACIENTE REMITIDA DE TESALIA, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24/03/2024, OCASIONANDO TRAUMATISMO CON HERIDA ABIERTA DE TOBILLO IZQUIERDO, POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON TOXOIDE TETANICO, SUTURAN HERIDA Y DAN EGRESO CON NAPROXENO Y CEFALEXINA AMBULATORIO, POSTERIORMENTE PACIENTE DESDE EL 31/03/2024 VIENE PRESENTANDO DOLOR TIPO ARDOR, ENROJECIMIENTO, EDEMA Y DEHISCENCIA DE SUTURA DE HERIDA POR LO QUE CONSULTA NUEVAMENTE A HOSPITAL LOCAL, 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: 115/75 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.2 TALLA: 170 PESO: 103 IMC: 36 SATO2: 98 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 NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO 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

53

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES SIMETRICAS, CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDA COMPLEJA EN FORMA DE V EN TOBILLO IZQUIERDO CARA MEDIAL, SUTURADA CON DEHISCENCIA DE ALGUNOS PUNTOS, EDEMA, ERITEMA, TUMEFACCION, ALGUNAS ZONAS DE RENITENCIA Y DOLOR PERILESIONAL.
<<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 TRAUMATOLOGIA

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 TRAUMATOLOGIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR, BUN, CREATININA
SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE TOBILLO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 16, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 4 AMPOLLAS IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR A 40 CC/HORA Y PARA DILUCIONES, 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

AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 3 GR IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

52

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

EPICRISIS No. 63299

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.04.02-02:32:37 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: 02:13 / 02:20 DURACION: 00:06

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 TOBILLO IZQUIERDO. SE OBSERVA HERIDA CON PRESENCIA DE RUBOR, 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: 24.04.02-06:22:30 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: 10350, NEU: 73.4, LIN: 15, HGB: 14.6, HCTO: 41, PLQ: 167000

TP: 14.5, TTP: 32, INR: 0.96

BUN: 15, CREATININA: 0.9

HEMOGRAMA DE BAJO RIESGO INFECCIOSO, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA

*SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

PENDIENTE ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE TOBILLO IZQUIERDO

*** FECHA: 24.04.02-06:44:18 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

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

51

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR CELULITIS POSTRAUMA, AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA Y ANTIMICROBIANO, SE TOMA IMAGENES ENCONTRÁNDOSE NORMALES, TIENE PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA Y REALIZACION DE ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE TOBILLO IZQUIERDO, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON CONTROL DEL DOLOR, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR AHORA CONTINUAR EN VIGILANCIA CLINICA Y MANEJO INSTAURADO, ATENTOS A EVOLUCION, SE LE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUA EN OBSERVACION.
PENDIENTE VALORACION POR TRAUMATOLOGIA.
MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL
PREVENIR CAIDAS - CAMILLA CON BARANDAS
VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CUALQUIER ALTERACION.

***** FECHA: 24.04.02-07:38:14 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON HERIDA EN TOBILLO IZQ POR LO QUE FUE SUTURADA EN TESALIA EVOLUCIONANDO CON SECRECION DE LA HERIDA Y S E HA PUESTO NEGRA .
AL EXAMEN FISICO: TOBILLO IZQ HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMEINTO CON SECRECION SEROPURULENTA Y CONGAJO CON PROBABLE NECROSIS . BUENA MOVILIDAD DE TOBILLO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDA INFECTADA DE TOBILLO IZQ CON NECROSIS DE PIEL
PLAN: HOSPITALIZAR CON ANTIBIOTICOTERAPIA Y CURACIONES SEGUN GUIAS .
SUSPENDER ECOGRAFIA

***** FECHA: 24.04.02-07:47:54 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 HISOTIRA CLINCIA DESCRITA VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA HOSPITALIZAR PARA MANEJO ANTIBIOTICO, SE TRASLADA A HOSPITALIZACION.

***** FECHA: 24.04.02-07:48:43 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: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.02-07:48:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

50

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

*** FECHA: 24.04.02-10:00:45 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE URGENCIAS.

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE PROCEDENTE DE URGENCIAS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24/03/2024, OCASIONANDO TRAUMATISMO CON HERIDA ABIERTA DE TOBILLO IZQUIERDO, POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL TESALIA HUILA DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON TOXOIDE TETANICO, SUTURAN HERIDA Y DAN EGRESO CON NAPROXENO Y CEFALEXINA AMBULATORIO, POSTERIORMENTE PACIENTE DESDE EL 31/03/2024 VIENE PRESENTANDO DOLOR TIPO ARDOR, ENROJECIMIENTO, EDEMA Y DEHISCENCIA DE SUTURA DE HERIDA POR LO QUE CONSULTA NUEVAMENTE A HOSPITAL LOCAL, QUIEN POR HALLAZGOS DECIDEN REMITIR A NUESTRA INSTITUCION DONDE ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN CONSIDERA PACEINTE CURSA CON CELULITIS DE TOBILLO IZQUIERDO Y DECIDE HOSPITALIZAR PARA SU TRATAMIENTO INTEGRAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 115/75 FC: 70 FR: 18 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 NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO 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>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES SIMETRICAS, CON VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

HERIDA COMPLEJA EN FORMA DE V EN TOBILLO IZQUIERDO CARA MEDIAL, SUTURADA CON DEHISCENCIA DE ALGUNOS PUNTOS, EDEMA, ERITEMA, TUMEFACCION, ALGUNAS ZONAS DE RENITENCIA Y DOLOR PERILESIONAL.
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

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 127/84 FR: 18 T: 36.7 FC: 78 SATO2: 99%
NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO PRESENTA INMOVILIZACCION CON VENDAJE 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 ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, EN SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA QUIEN HOSPITALIZA PARA CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA, EN EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN ESTABLE DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, SE ORDENA CURACION DIARIA ED HERIDA, Y DARLE CONTINUIDAD A TRATAMIENTO ANTIBIOTICO, POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA INTRAHOSPITALARIO. SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DIARIA
- 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.

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR A 40 CC/HORA Y PARA DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 3 GR IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 16, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 4 AMPOLLAS IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.04.02-15:18:15 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
NOTA EVOLUCION

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. SIGNOS VITALES: TA 123/72 FR: 19 T: 36.3, FC: 68 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.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 24.04.02-20:11:41 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. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

PACIENTE CON MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 130/70 FR: 18 T: 36.5, 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, HIDRATADA, DIURESISAPRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO MANEJO, COMPLETANDO ESQUEMA ANTIBIOTICO. CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.04.03-00:05:03 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: 24.04.03-06:07:02 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

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 100/70 FR: 18 T: 36.7 FC: 68 SATO2: 96%
NORMOCEFA 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. TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y CURACCION, 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 POR TRAUMATOLOGIA, CONSOLIDANDO MANEJO ANTIBIOTICO, 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 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

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR IV A 40 CC/HORA Y PARA DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 3 GR IV CADA 6 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 16, CADA: 6 Hrs, DOSIS: AOLICAR 4 AMPOLLAS IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

***** FECHA: 24.04.03-09:44:30 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. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

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

OBJETIVO:
AL EXAMEN FÍSICO CON TA 116/75 FR: 19 T: 36.3 FC: 74 SATO2: 96%
NORMOCEFA 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. TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y CURACCION, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADA

45

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

EPICRISIS No. 63299

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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, SE REVISA HERIDA OBSERVANDO APARENTE MEJORIA CON RESPECTO AL DIA DE INGRESO POR LO QUE SE DECIDE CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO.

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

*** FECHA: 24.04.03-10:04:08 MEDICO: / (JEFE ENF. CPM - MAGGIE VANESSA CHALA PLAZAS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)*

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 09:40 / 09:55 DURACION: 00:14

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MAGGIE VANESSA CHALA PLAZAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

09:40 HRS // USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CON DIAGNOSTICO DE CELULITIS DE TOBILLO IZQUIERDO COON NECROSIS EN PIEL POR ORDEN MEDICA Y 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 CONSENTIMIENTO DE PACIENTE BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA CURACION EN PTOBILLO IZQUIERDO, SE OBSERVA , HERIDA DE +- 15CM EN HERRADURA EN TOBILLO IZQUIERDO , CONTINUA UN POCO DE ENROJECIMIENTO AL REDEDOR DE LA HERIDA, MAS TEJIDO NECROTICO SOBRE LA MISMA AREA , NO CALOR, SE REALIZA PRESION EN BORDES DE HERIDA Y NO PRESENTA SECRECION , REFIERE UN POCO DE DOLOR A CUANDO SE REALIZA PRESION DE HERIDA SOBRE BORDES ,CON PREVIA TECNICA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA LIMPIEZA CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON 10CC DE ESPUMA +300CC DE CLORURO DE SODIO , SE REALIZA LIMPIEZA ADICIONAL Y RECUBRIMIENTO DE BORDES CON ISODINE SOLUCION 100 +SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CON VENDAJE ELASTICO + ESPADRAPO . SIN NUNGUINA COMPLICACION ALGUNA SE TERMINA PROCEDIMIENTO .

*** FECHA: 24.04.03-16:21:57 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
NOTA EVOLUCION

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. SIGNOS VITALES: TA 112/62 FR: 19 T: 36.2, FC: 65 SATO2: 96% 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 A LA PACIENTE CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.04.03-19:38:42 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. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN FIEBRE, CON DOLOR MODULADO
OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
SIGNOS VITALES: TA 115/75 MMHG, FC: 75 LPM, FR: 18 RPM, T: 36.3 °C, SATO2: 97%
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, SIN MASAS.
TÓRAX: SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO A PALPACION, SIN MASAS
EXTREMIDADES: MÓVILES SIMÉTRICAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y CURACCION, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2", MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, SIN FOCALIZACION, GLASGOW: 15/15.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, SE ENCUENTRA CONSOLIDANDO MANEJO ANTIMICROBIANO, EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA VENTILATORIA, POR EL MOMENTO SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLINICA, SEGUIMIENTO ESPECIALIDAD TRATANTE, ATENTOS A EVOLUCION, SE LE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO

*** FECHA: 24.04.04-00:13:17 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
EVOLUCION

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS E HISTORIA CLINICA DESCRITA, EN SEGUIMIENTO HOSPITALARIO POR ORTOPEDIA, EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIGNOS VITALES EN METAS, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLINICA, SEGUIMIENTO ESPECIALIDAD TRATANTE, ATENTOS A EVOLUCION.

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR IV A 40 CC/HORA Y PARA DILUCIONES,
DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 3 GR IV CADA 6 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 16, CADA: 6 Hrs, DOSIS: AOLICAR 4 AMPOLLAS IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.04.04-06:27:49 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. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024. .

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN FIEBRE, CON DOLOR MODULADO, PASO BUENA NOCHE
OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
SIGNOS VITALES: TA 120/75 MMHG, FC: 88 LPM, FR: 19 RPM, T: 36.4 °C, SATO2: 98%
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, SIN MASAS.
TÓRAX: SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO A PALPACION, SIN MASAS
EXTREMIDADES: MÓVILES SIMÉTRICAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2", MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, SIN FOCALIZACION, GLASGOW: 15/15.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, SE ENCUENTRA CONSOLIDANDO MANEJO ANTIMICROBIANO EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE

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

EPICRISIS No. 63299

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CONCIENCIA, NO ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA VENTILATORIA, POR EL MOMENTO SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLINICA, 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
LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
CABECERA A 30 GRADOS.
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA
CAMILLA CON BARANDAS
NO MOJAR VENDAJE Y MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
PREVENCION DE CAIDAS
VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES
CONTROL SIGNOS VITALES
INFORMAR CAMBIOS

*** FECHA: 24.04.04-09:27:49 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. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN FIEBRE, CON DOLOR MODULADO.

OBJETIVO: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
SIGNOS VITALES: TA 119/65 MMHG, FC: 77 LPM, FR: 20 RPM, T: 36.4 °C, SATO2: 98%
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, SIN MASAS.
TÓRAX: SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO A PALPACION, SIN MASAS
EXTREMIDADES: MÓVILES SIMÉTRICAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2", MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, SIN FOCALIZACION, GLASGOW: 15/15.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, SE ENCUENTRA CONSOLIDANDO MANEJO ANTIMICROBIANO, EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA VENTILATORIA, SE REVISA HERIDA EVIDENCIANDO NECROSIS DE LA PIEL, POR LO QUE SE DECIDE SOLICITAR INTERCONSULTA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA. SE LE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR,

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
INTERCONSULTA POR CIRUGIA PLASTICA.
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

*** FECHA: 24.04.04-09:40:02 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA

PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA HACE MAS O MENOS 10 DIAS, CON HERIDA COMPLEJA EN TOBILLO IZQUIERDO POR LO QUE ACUDE A HOSPITAL DE PRIMER NIVEL DONDE SUTURAN Y EGRESAN, CON POSTERIOR DOLOR, SECRECION Y LIMITACION, POR LO QUE ACUDE NUEVAMENTE A PRIMER NIVEL Y REMITEN PARA MANEJO ESPECIALIZADO. VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN ENCUENTRA NECROSIS DE PIEL POR LO QUE SOLICITA CONCEPTO POR CIRUGIA PLASTICA.

AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, EN CAMA EN DECUBITO SUPINO. EXTREMIDADES: TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y GASAS LAS CUALES SE RETIRAN ENCONTRANDO HERIDA EN CARA INTERNA QUE SE EXTIENDE A PIE DE MAS O MENOS 12 X 4 CM, EN FORMA DE "U", SUTURADA, CON DEHISCENCIA DE ALGUNOS PUNTOS, SECRECION SEROSA ESCASA NO FETIDA, CON PIEL DE COLOR MARRON (CAMBIOS SUGESTIVOS DE NECROSIS) Y PIEL PERILESIONAL CON DATOS DE INFLAMACION REGIONAL: EDEMA, RUBOR, CALOR Y DOLOR.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

PACIENTE FEMENINA CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO: LAVADO + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS. SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR LA CONDUCTA A SEGUIR Y REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA MAÑANA
CONTINUAR MANEJO MEDICO ORDENADO

*** FECHA: 24.04.04-15:24:50 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
NOTA EVOLUCION

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO VÍA ORAL, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. SIGNOS VITALES: TA 107/53 FR: 19 T: 36.8, FC: 89 SATO2: 96% 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 CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.04.04-20:04:38 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

40

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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

** EVOLUCION:
NOTA NOCHE

SE VALORA Y EXAMINA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DX ANOTADOS, QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO AFEBRIL CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON VENDAJE BLANDO SIN MAL OLOR, NI SANGRADO ACTIVO, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, MAÑANA SERA LLEVADA A MANEJO QUIRURGICO POR CIRUGIA PLASTICA, SE CONSIDERA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO INSTAURADO INTRAHOSPITALARIO.

*** FECHA: 24.04.05-00:40:50 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

** CONDUCTA:
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL HASTA EL DESAYUNO DESPUES NADA VIA ORAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR VENDAJES
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR IV A 40 CC/HORA Y PARA DILUCIONES,
DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 3 GR IV CADA 6 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 16, CADA: 6 Hrs, DOSIS: AOLICAR 4 AMPOLLAS IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24,
VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.04.05-04:31:44 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
SE REALIZA LA VALORACION DEL PACIENTE POSTERIOR A LAVADO DE MANOS Y ADECUADO USO DE LOS EPP INDICADOS POR LA

39

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

EPICRISIS No. 63299

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

NORMATIVIDAD VIGENTE DEBIDO A LA PANDEMIA COVID 19

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

S/ DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 78 LPM, FR 19 RPM, TA 115/74 MMHG SAT 98% TEMP 36.3°
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 VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO, NO SECRECIONES, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

*** ANALISIS ***
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EDEMA TOLERABLE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, PROGRAMADO PARA MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA EL DIA DE HOY, PASAR A SALAS AL LLAMADO, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

***** FECHA: 24.04.05-09:53:28 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. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

S/ DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 78 LPM, FR 19 RPM, TA 115/74 MMHG SAT 98% TEMP 36.3°
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

38

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 ; A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

ESTERTORES, SIN RONCUS.
ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO, NO SECRECIONES, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS **
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS PREVIAMENTE DESCRITOS, ADECUADA MODULACION DEL DOLOR,ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA VALORADA POR CIRUGIA PLASTICA QUIEN DECIDE PASAR A CIRUGIA EL DIA DE HOY POR NUESTRO SERVICIO SE DECIDE DAR ALTA CONTINUA EN MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLSTICA. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN.
ALTA POR ORTOPEDIA.
CONTINUA MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA.
FORMULA MEDICA AMBULATORIA.
RECOMENDACIONES SIGNOS Y SEÑALES DE ALARMA.

** CONDUCTA:

** ORDENES MEDICAS:

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

***RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
1. 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.
2. EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENTOS, FIEBRE, MAL OLOR DE LA HERIDA, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
3. 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.
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.

*** FECHA: 24.04.05-17:58:40 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

37

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PROGRAMADA PARA CIRUGIA.

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.

EXTREMIDADES: TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y GASAS LAS CUALES SE RETIRAN ENCONTRANDO HERIDA SUTURADA CON COSTRA NEGRA EN CARA INTERNA, DURA, CON ESCASA SECRECION SEROSA, DE MAS O MENOS 12 X 4 CM, QUE SE EXTIENDE A PIE, CON DEHISCENCIA PARCIAL DE LA HERIDA EN ALGUNAS AREAS. LEVES SIGNOS DE INFLAMACION PERILOCAL (EDEMA, RUBOR, CALOR LOCAL).
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 16:55 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 16:55 PM

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.05-17:00:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.04.05-17:59:12 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

PROGRAMADA PARA CIRUGIA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:

36

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

EXTREMIDADES: TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y GASAS LAS CUALES SE RETIRAN ENCONTRANDO HERIDA SUTURADA CON COSTRA NEGRA EN CARA INTERNA, DURA, CON ESCASA SECRECION SEROSA, DE MAS O MENOS 12 X 4 CM, QUE SE EXTIENDE A PIE, CON DEHISCENCIA PARCIAL DE LA HERIDA EN ALGUNAS AREAS. LEVES SIGNOS DE INFLAMACION PERILOCAL (EDEMA, RUBOR, CALOR LOCAL).
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 16:55 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 16:55 PM

***** FECHA: 24.04.05-18:08:05 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): DIANA SOTO

HORA INICIAL/FINAL: 17:00 / 17:30 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS, MAS DEL 5% AREA CORPORAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 17932
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIDEA TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOD:
EXTREMIDADES:

35

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

1. TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y GASAS LAS CUALES SE RETIRAN ENCONTRANDO HERIDA SUTURADA CON COSTRA NEGRA EN CARA INTERNA, DURA, CON ESCASA SECRECION SEROSA, DE MAS O MENOS 12 X 4 CM, QUE SE EXTIENDE A PIE, CON DEHISCENCIA PARCIAL DE LA HERIDA EN ALGUNAS AREAS. LEVES SIGNOS DE INFLAMACION PERILOCAL (EDEMA, RUBOR, CALOR LOCAL).

DESCRIPCION QUIRURGICO:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA RAQUIDEA 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 DESBRIDAMIENTO DE PIEL Y TEJIDOS PROFUNDOS (INCLUYENDO TEJIDOS NECROTICOS, NO VIABLES Y DESVITALIZADOS), ENCONTRANDO HEMATOMA DE MODERADO TAMAÑO EN PROCESO DE RESOLUCION, CON ESCASO TEJIDO DE GRANULACION (APROXIMADAMENTE 25% DEL DEFECTO), SIN EXPOSICION OSEA NI DEL TENDON DE AQUILES. SE REALIZA ADEMAS CURETAJE CON AYUDA DE CURETA HASTA DEJAR TEJIDOS VIABLES. SE CUBRE AREA CON GASAS FURACINADAS + APOSITOS + VENDAJE DE JONES (ALGODON Y ELASTICO).
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

***** FECHA: 24.04.05-18:10:03 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 TRASLADO A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO.
** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
TRASLADO A HOSPITALIZACION
CONTINUAR MANEJO MEDICO ORDENADO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CONTINUAR MANEJO MEDICO ORDENADO EN HOSPITALIZACION
NO CURACION
NO MOJAR AREA QUIRURGICA
CURACION EXCLUSIVA POR CIRUGIA PLASTICA EL DOMINGO
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

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

34

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.05-18:09:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.04.05-22:28:06 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDO EN TOBILLO IZQ (05/04/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

S/ DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS.
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 76 LPM, FR 20 RPM, TA 120/70 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 VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO, NO SECRECIONES, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

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

PLAN.
CONTINUA IGUAL MEDICO.

***** FECHA: 24.04.06-06:02:00 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

33

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

EPICRISIS No. 63299

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDO EN TOBILLO IZQ (05/04/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

S/ DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS, PASO BUENA NOCHE
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 81 LPM, FR 19 RPM, TA 116/66 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 VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO, NO SECRECIONES, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS

PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, 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 EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA . SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

32

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 3 GR IV CADA 6 HORAS.
, 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

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.04.06-08:18:50 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 16, CADA: 6 Hrs, DOSIS: AOLICAR 4 AMPOLLAS IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.04.06-10:39:34 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDO EN TOBILLO IZQ (05/04/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERNADO LA VIA ORAL
OBJETIVO: BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONCIENTE, ORANTADA, HIDRATADA, AFEBRIL.
SV FC 78 LPM, FR 17 RPM, TA 114/64 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 VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO, NO SECRECIONES, MOVILIDAD 31

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA, 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: 24.04.06-13:20:34 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA

PACIENTE FEMENINA CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN SU PRIMER DIA POP.

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, DOLOR MODERADO EN EL AREA DE LA CIRUGIA.

OBJETIVO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, EN CAMA EN DECUBITO SUPINO.
EXTREMIDADES: TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE DE JONES, SIN ESTGMAS DE SANGRADO ACTIVO O SECRECION, PERO TEÑIDOS DE MEDICAMENTO (FURACIN).
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

ANALISIS: PACIENTE CON EVOLUCION ESTABLE. SE INDICA IGUAL MANEJO MEDICO. CURACION MAÑANA POR CIRUGIA PLASTICA.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO MEDICO ORDENADO
CURACION MAÑANA POR CIRUGIA PLASTICA

***** FECHA: 24.04.06-20:03:52 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. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDO EN TOBILLO IZQ (05/04/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

30

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

EPICRISIS No. 63299

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

SUBJETIVO:TRANQUILO, NIEGA DOLOR O PICOS FEBRILES
OBJETIVO: BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONCIENTE, ORANTADA, HIDRATADA, AFEBRIL.
SV FC 76 LPM, FR 18 RPM, TA 110/60 MMHG SAT 98% 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 VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO, NO SECRECIONES, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS:
EVOLUCION ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, BUENA MODULACION DEL DOLOR, SIN PICOS FEBRILES, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

***** FECHA: 24.04.07-00:52:24 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
EVOLUCION ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, BUENA MODULACION DEL DOLOR, SIN PICOS FEBRILES, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

***** FECHA: 24.04.07-06:59:57 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. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDO EN TOBILLO IZQ (05/04/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

SUBJETIVO:TRANQUILO, NIEGA DOLOR O PICOS FEBRILES
OBJETIVO: BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONCIENTE, ORANTADA, HIDRATADA, AFEBRIL.
SV FC 75 LPM, FR 17 RPM, TA 115/65 MMHG SAT 98% 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.

29

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

ABDOMEN: BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO, NO SECRECIONES, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS:
EVOLUCION ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, BUENA MODULACION DEL DOLOR, SIN PICOS FEBRILES, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

** CONDUCTA:
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 16, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 4 AMPOLLAS IV CADA 6 HORAS, 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

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA + DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 3 GR IV CADA 6 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.04.07-10:15:21 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)***

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

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. CELULITIS TOBILLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDO EN TOBILLO IZQ (05/04/2024).

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. MIGRAÑA, FUM: 22/03/2024.

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE PASAR REGULAR NOCHE POR DOLOR, AHORA CON MUCHO DOLOR.
OBJETIVO: BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONCIENTE, ORANTADA, HIDRATADA, AFEBRIL.
SV FC 82 LPM, FR 17 RPM, TA 116/66 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 VENDAJE BLANDO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN SANGRADO, NO SECRECIONES, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA, QUIEN SE ENCUETRA ESTABLE HEMODINAMICANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON AHORA CON DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, POR LO QUE SE DECIDE ADEANTAR DOSIS DE DOCLOFECNAC Y DR ORDENA DOSIS INICA DE DEXAMETASONA 8MG IV Y CONTINUA CON EL RESTO DE MANEJO MEDICO INSTAURADO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 8MG IV AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.04.07-10:48:32 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA

PACIENTE FEMENINA CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN SU SEGUNDO DIA POP.

SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR, NO SANGRADO.

OBJETIVO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIGNOS VITALES NORMALES, EN CAMA EN DECUBITO SUPINO.
EXTREMIDADES: TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE DE JONES, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO ACTIVO O SECRECION, PERO SI TEÑIDOS DE MEDICAMENTOS (FURACIN).
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

27

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

ANALISIS: SE RETIRA VENDAJE ELASTICO EN TOBILLO IZQUIERDO ENCONTRANDO HERIDA QUIRURGICA TIPO ZONA CRUENTA EN BUEN ESTADO, FONDO LIMPIO Y VIABLE, CON ESCASO TEJIDO DE GRANULACION, SIN EXPOSICION SE ESTRUCTURAS TIPO TENDON O HUESO, SIN DATOS DE INFECCION LOCAL O SECRECION; DISMINUCION MARCADA DE SIGNOS INFLAMATORIOS PERILOCAL. SE REALIZA CURACION CON ALCOHOL PERILESIONAL, SE APLICA GELATINA SIN SABOR Y SE CUBRE NUEVAMENTE CON GASAS FURACINADAS + GASAS SECAS + VENDAJE ELASTICO. NO COMPLICACIONES.

PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE. SE EXPLICA QUE PUEDESER MANEJADA AMBULATORIAMENTE HASTA QUE GRANULE O CICATRICE TOTALMENTE, O EN SU DEFECTO, EN CONTROL POR CONSULTA EXTERNA, SE PROGRAME PARA INJERTO DE PIEL. SE INDICA SALIDA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 20 DIAS.

PLAN:
SALIDA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 20 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS
RECOMENDACIONES:
NO MOJAR TOBILLO IZQUIERDO HASTA QUE CICATRICE TOTALMENTE LA HERIDA.
CURACION CADA 3 O 4 DIAS ASI: RETIRAR VENDAJES Y GASAS, LIMPIAR CON ALCOHOL ALREDEDOR DE LA HERIDA, LIMPIAR HERIDA CON SUERO O AGUA HERVIDA FRIA, SECAR CON GASAS Y APLICAR GELATINA SIN SABOR EN EL AREA DE CIRUGIA Y CUBRIR CON GASAS + FURACIN (O NITROFURAZONA).
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)

TRIMETROPRIM/SULFAMETOXAZOL 160/800 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS

ACETAMINOFEN 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 6 HORAS POR 5 DIAS

NAPROXENO 250 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

TRIMETROPRIM/SULFAMETOXAZOL 160/800 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS

ACETAMINOFEN 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 6 HORAS POR 5 DIAS

NAPROXENO 250 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS

25

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

EPICRISIS No. 63299

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** ORDENES MEDICAS:

SALIDA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 20 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS
RECOMENDACIONES:
NO MOJAR TOBILLO IZQUIERDO HASTA QUE CICATRICE TOTALMENTE LA HERIDA.
CURACION CADA 3 O 4 DIAS ASI: RETIRAR VENDAJES Y GASAS, LIMPIAR CON ALCOHOL ALREDEDOR DE LA HERIDA, LIMPIAR HERIDA CON SUERO O AGUA HERVIDA FRIA, SECAR CON GASAS Y APLICAR GELATINA SIN SABOR EN EL AREA DE CIRUGIA Y CUBRIR CON GASAS + FURACIN (O NITROFURAZONA).
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)

*** FECHA: 24.04.07-13:36:26 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: 10:49 / 10:59 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA ARIAS CASAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:48 HRS SE REALIZA CURACION EN COMPAÑIA DE CIRUGIA PLASTICA EL DR HAROL PERDOMO CON TECNICA ASEPTICA Y ANTISEPTICASE RETIRA VENDAJE ELASTICO EN TOBILLO IZQUIERDO ENCONTRANDO HERIDA QUIRURGICA TIPO ZONA CRUENTA EN BUEN ESTADO, FONDO LIMPIO Y VIABLE, CON ESCASO TEJIDO DE GRANULACION, SIN EXPOSICION SE ESTRUCTURAS TIPO TENDON O HUESO, SIN DATOS DE INFECCION LOCAL O SECRECION; DISMINUCION MARCADA DE SIGNOS INFLAMATORIOS PERILOCAL. SE REALIZA CURACION CON ALCOHOL PERILESIONAL, SE APLICA GELATINA SIN SABOR Y SE CUBRE NUEVAMENTE CON GASAS FURACINADAS + GASAS SECAS + VENDAJE ELASTICO. NO COMPLICACIONES.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.04.07-14:05:58 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADO, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA,VALORADO POR SERVICIO TRATANTE, QUIEN POR ADECUADA EVOLUCION CLINICA, DECIDE DAR SALIDA CON ORDENES DE EGRESO, POR LO QUE SE CIERRA HISTORIA CLINICA.

25

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

EPICRISIS No. 63299

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

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.07-14:05:14 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 24.05.02-08:52:31 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

CONTROL POP (1 MES).

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO CON HERIDA COMPLEJA EN TALON IZQUIERDO POR LO QUE SE REALIZO DESBRIDAMIENTO Y SE DECIDIO CONTINUAR MANEJO CON CURACIONES AMBULATORIAS PARA POSTERIORMENTE DEFINIR CONDUCTA. REFIERE DOLOR PERILOCAL OCASIONAL Y LE REALIZAN CURACIONES CADA 4 DIAS.

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.

EXTREMIDADES: PIE Y TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON GASAS Y VENDAJE ELASTICO, EL CUAL SE RETIRA ENCONTRANDO ZONA CRUENTA EN CARA INTERNA DE CUELLO DE PIE CON BUEN TEJIDO DE GRANULACION, EPITELIZADA CASI COMPLETAMENTE, SIN DATOS DE INFECCION LOCAL, CON CICATRIZACION DESDE LOS BORDES HACIA EL CENTRO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE CON EVOLUCION ESTABLE CON TENDENCIA A LA MEJORIA. PUEDE CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO CON CURACIONES CADA 4 DIAS.

SE REALIZA CURACION CON POLVOS MULTIVITAMINICOS Y MALLA DE FITOESTIMULINE + GASAS + VENDAJE ELASTICO. NO COMPLICACIONES.

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 1 MES Y MEDIO (6 SEMANAS).

*** FECHA: 24.05.02-09:05:24 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

EPICRISIS No. 63299

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RAMIREZ VIEDA YOBANY

DOC.IDENT:	CC 26472063	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 9 N 8 - 22		
FCHA.NACTO:	1976.09.22	EDAD:	47 A	CIUDAD:	TESALIA	TEL:	3214339856
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 1 MES Y MEDIO (SEIS SEMANAS) CON CIRUGIA PLASTICA.

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.05.02-09:05:24 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S910 - HERIDA DEL TOBILLO		

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

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugia Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

DR@. HAROL ALBERTO PERDOMO
REG. MED: 7708263

25

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 17932

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -177586 Fecha 05/04/24

Nombre Paciente: RAMIREZ VIEDA YOBANY 26472063 Edad: 47 Sexo: F

Hora inicio 17:00 Hora fin: 17:30 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: RAQUIDEA

Cirujano: HAP- HAROL ALBERTO PERDOMO Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionDIANA SOTO

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S910-HERIDA DEL TOBILLO	1. S910-HERIDA DEL TOBILLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15103	DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS, MAS DEL 5% AREA	HAP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOD:

EXTREMIDADES:

1. TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y GASAS LAS CUALES SE RETIRAN ENCONTRANDO HERIDA SUTURADA CON COSTRA NEGRA EN CARA INTERNA, DURA, CON ESCASA SECRECION SEROSA, DE MAS O MENOS 12 X 4 CM, QUE SE EXTIENDE A PIE, CON DEHISCENCIA PARCIAL DE LA HERIDA EN ALGUNAS AREAS. LEVES SIGNOS DE INFLAMACION PERILOCAL (EDEMA, RUBOR, CALOR LOCAL).

DESCRIPCION QUIRURGICO:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA RAQUIDEA 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 DESBRIDAMIENTO DE PIEL Y TEJIDOS PROFUNDOS (INCLUYENDO TEJIDOS NECROTICOS, NO VIABLES Y DESVITALIZADOS), ENCONTRANDO HEMATOMA DE MODERADO TAMAÑO EN PROCESO DE RESOLUCION, CON ESCASO TEJIDO DE GRANULACION (APROXIMADAMENTE 25% DEL DEFECTO), SIN EXPOSICION OSEA NI DEL TENDON DE AQUILES. SE REALIZA ADEMAS CURETAJE CON AYUDA DE CURETA HASTA DEJAR TEJIDOS VIABLES. SE CUBRE AREA CON GASAS FURACINADAS + APOSITOS + VENDAJE DE JONES (ALGODON Y ELASTICO).
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
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

26472063

ADMISION N_: 177586

NOMBRE: RAMIREZ VIEDA YOBANY **Num. Id-:** CC 26472063
FECHA NACIMIENTO: 1976.09.22 **EDAD:** 47 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.04.05 **HORA DE INGRESO:** 17:58:40 **Fecha/Hora de registro:** 2024.04.05 17:58
DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **CIUDAD:** TESALIA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3214339856
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.04.05

<< REGISTRO: 17:58:40 >> (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
PROGRAMADA PARA CIRUGIA.

REVISION POR SISTEMA
NO REFIERE

ANTECEDENTES
--><<2024.04.02-02:11:21>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL) H.U. 177253
* Patologicos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

--><<2024.04.02-10:00:45>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MiNDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 177274
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.04.05-17:58:40>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 177586
NO REFIERE

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 110/70 **FC:** 78 **FR:** 16 **Tmp:** 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

EXTREMIDADES: TOBILLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO Y GASAS LAS CUALES SE RETIRAN ENCONTRANDO HERIDA SUTURADA CON COSTRA NEGRA EN CARA INTERNA, DURA, CON ESCASA SECRECION SEROSA, DE MAS O MENOS 12 X 4 CM, QUE SE EXTIENDE A PIE, CON DEHISCENCIA PARCIAL DE LA HERIDA EN ALGUNAS AREAS. LEVES SIGNOS DE INFLAMACION PERILOCAL (EDEMA, RUBOR, CALOR LOCAL).
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** 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

26472063

ADMISION N_: 177586

NOMBRE: RAMIREZ VIEDA YOBANY **Num. Id-:** CC 26472063
FECHA NACIMIENTO: 1976.09.22 **EDAD:** 47 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.04.05 **HORA DE INGRESO:** 17:58:40 **Fecha/Hora de registro:** 2024.04.05 17:58
DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **CIUDAD:** TESALIA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3214339856
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S910 HERIDA DEL TOBILLO

EVOLUCION
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 16:55 PM

ANALISIS/PLAN
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 16:55 PM

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.05-17:00:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA
FECHA DE EGRESO: 2024.04.05 **HORA DE EGRESO:** 17:00:00 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugia Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

Dr. HAROL ALBERTO PERDOMO
Registro Medico: 7708263

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

CLINICA DE FRACTU... ORTOPEDIA MEDA...

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE Yubany Ramirez Vieda. EDAD 47 SEXO: F [X] M [ ]

IDENTIFICACION: C.C. [X] R.C. [ ] T.I. [ ] OTROS [ ] No. 26432063 DE

FECHA DE ATENCION:

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA

CIRUGIA A REALIZAR: lavado + debridamiento de lyas pulm de pierna izquierda + cerrado + yeso

ANTECEDENTES: QX: [ ] PX: [ ] T-A: [ ] TX: [ ] AN: [ ]

ESPECIFIQUE Negados

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hto. PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA Rx de T EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: [ ] 149/80 92 Fr [ ] 22 PESO [ ] 65 TALLA [ ] CM

SENSORIO consciente COMPLEXION grueso PROTESIS no LENTES no

APERTURA ORAL >4 DISTANCIA MENTOGLOTICA >1 MALLAMPAT II

NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
CABEZA/CUELLO:	✓		
TORAX: RsCS	✓		
RsRS	✓		Herida de yeso en miembro inferior izquierdo, con apósito limpio y seco con presencia de lyas.
ABDOMEN:	✓		
PELVIS:	✓		
GENITALES:	✓		
EXTREMIDADES:		✓	
NEUROLOGICO:	✓		

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: II CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. Bajo INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES: Monitoreo estricto, cuenta aguda ant... per

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.

19

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Ramirez	Oleda	Yobany	2547205

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
05 04 19	49	H ☐ M ☐	1.70	83	1 (2) 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cirugia			

B - EVALUACION PREANESTESIA

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

DIAGNOSTICO: Fractura de tibia izquierda con perdida de hueso

OPERACION PROPUESTA Reduccion + osteosintesis + injerto

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

Negados

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI ___ NO ___ IOT SI ___ NO ___ VIA AEREA ✓ DIENTES ✓ CUELLO ✓

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
✓	ESPINAL
	GENERAL

RESUMEN Y PLAN

Monitoria
Canula nasal
Midazolam
Fentanilo

ESTADO PSICOLOGO Tranquilo

NECESITA SANGRE NO C.C. PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION S-F

REPARACION E A C

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

HORA 19:00

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION R

CONCIENCIA OR

HEMORRAGIA NEGATIVO — DIURESIS OZ

REFLEJOS POSITIVO — SENSIBILIDAD OZ

MOTILIDAD POSITIVO — PIEL Rosada - Humeda

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

COMENTARIOS

Ingresa procedente a sala de recuperacion bajo anestesia raquidea sin complicaciones

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

HORA SALIDA Y MOTIVO Meteria

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 ____ AGUA

POSICION

REPARACION

CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E

A

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

MORA

AGENTES

1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____ ▽

I NT No ____

E OT No ____ △

E NT No ____

PULSO ●

RESPIRACION ○

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION ◉

NEONATO MASC ♂ FEM ♀ a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

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,29-May-2024 10:03:2

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** AMBULATORIA	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 07 CIRUGIA AMBULATORIA	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.04.0	13:00
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	47 Años		**Fecha Egreso :**	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY	1 NIVEL I		TESALIA	CALLE 9 N 8 - 22	3214339856

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.04.05	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	KML	10.00
2024.04.05	ROP	PESADO	BUPIROP 0,5% PESADO AMP	KML	1.00
2024.04.05	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	KML	1.00
2024.04.05	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	KML	2.00
2024.04.05	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	KML	2.00
2024.04.05	BAX	LACTATO	LACTATO RINGER X 500ML	KML	3.00
2024.04.05	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0:9%X500ML BAXTER	KML	8.00
2024.04.05	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	KML	3.00
2024.04.05	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	KML	1.00
2024.04.05	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 4-0 DEMETECH	KML	1.00
2024.04.05	BRA	SURURA	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	KML	1.00
2024.04.05	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	KML	1.00
2024.04.05	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	10.00
2024.04.05	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	10.00
2024.04.05	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	KML	2.00
2024.04.05	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	KML	2.00
2024.04.05	BRA	SPINOCAN	SPINOCAN G 26 X 3 1/2" 88 MM BRAUN	KML	1.00
2024.04.05	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	KML	2.00
2024.04.05	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	KML	2.00
2024.04.05	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	KML	10.00
2024.04.05	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	10.00
2024.04.05	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	KML	2.00
2024.04.05	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	KML	2.00
2024.04.05	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	KML	2.00
2024.04.05	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	2.00
2024.04.05	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	KML	2.00
2024.04.05	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	KML	2.00
2024.04.05	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	KML	2.00
2024.04.05	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	KML	2.00

17

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 2 de abril de 2024						
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	HAC1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HAC1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
12:00:53	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NR1	
14:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HAC1	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	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	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPM1	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPM1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	CPM1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 36.00

FECHA DEL CONTROL : miércoles, 3 de abril de 2024						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	STY1	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	

16

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPM1	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	CPM1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPM1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
14:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPM1	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HAC1	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HAC1	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	
18:00:16	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	HAC1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 71.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 4 de abril de 2024

00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	VAC1
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VAC1
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1

15

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **N° POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	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	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DERLYMOR	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	DERLYMOR	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	STY1	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	STY1	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	STY1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	STY1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	STY1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	STY1	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	STY1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	STY1	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	STY1	
14:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	STY1	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	STY1	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	STY1	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	STY1	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	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	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	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DIS1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
20:00:12	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 67.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 5 de abril de 2024

00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	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	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
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

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	HAC1	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	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	1.00		NOCHE	HAC1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	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	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	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	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DIS1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		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	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	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	STY1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	

TOTAL SUMINISTRADO: 59.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 6 de abril de 2024

00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	STY1
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1
00:00:25	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI

13

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
14:00:02	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
14:00:03	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
14:00:43	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
14:00:46	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 67.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 7 de abril de 2024

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	GUANTES- EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VAC1	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
10:16:00	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
10:16:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
10:16:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VAC1	
10:16:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	VAC1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
14:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VAC1	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 58.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 177274

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -177274 **Fecha** 2024/04/3

Nombre Paciente: RAMIREZ VIEDA YOBANY - 26472063 **Edad:** 47 **Sexo:** F

Quien Realiza: CPM- MAGGIE VANESSA CHALA PLAZAS Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
3. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
4. S910-HERIDA DEL TOBILLO
5. L031-CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. L031-CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS
3. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
4. S910-HERIDA DEL TOBILLO
5. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n:

09:40 HRS // USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CON DIAGNOSTICO DE CELULITIS DE TOBILLO IZQUIERDO COON NECROSIS EN PIEL POR ORDEN MEDICA Y 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 CONSENTIMIENTO DE PACIENTE BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA CURACION EN PTOBILLO IZQUIERDO, SE OBSERVA , HERIDA DE +- 15CM EN HERRADURA EN TOBILLO IZQUIERDO , CONTINUA UN POCO DE ENROJECIMIENTO AL REDEDOR DE LA HERIDA, MAS TEJIDO NECROTICO SOBRE LA MISMA AREA , NO CALOR, SE REALIZA PRESION EN BORDES DE HERIDA Y NO PRESENTA SECRECION , REFIERE UN POCO DE DOLOR A CUANDO SE REALIZA PRESION DE HERIDA SOBRE BORDES ,CON PREVIA TECNICA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA LIMPIEZA CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON 10CC DE ESPUMA +300CC DE CLORURO DE SODIO , SE REALIZA LIMPIEZA ADICIONAL Y RECUBRIMIENTO DE BORDES CON ISODINE SOLUCION 100 +SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CON VENDAJE ELASTICO + ESPADRAPO . SIN NUNGUINA COMPLICACION ALGUNA SE TERMINA PROCEDIMIENTO .

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,29-May-2024 09:52:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO**	HOSPITALIZACION
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 01	URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:**	2024.04.0 01:42
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	47 Años		**Fecha Egreso** :	2024.04.2 08:37

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY	1 NIVEL I	TESALIA	CALLE 9 N 8 - 22	3214339856

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.04.03	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CPM	1.00
2024.04.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CPM	10.00
2024.04.03	QUI	I ESPUMA	ISODINE ESPUMA X3750	CPM	10.00
2024.04.03	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CPM	6.00
2024.04.03	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CPM	2.00
2024.04.03	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	CPM	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 177274

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -177274 **Fecha** 2024/04/7

Nombre Paciente: RAMIREZ VIEDA YOBANY - 26472063 **Edad:** 47 **Sexo:** F

Quien Realiza: VAC- VALENTINA ARIAS CASAS Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
3. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
4. S910-HERIDA DEL TOBILLO
5. L031-CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. L031-CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS
3. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
4. S910-HERIDA DEL TOBILLO
5. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202-1	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	VAC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 10:48 HRS SE REALIZA CURACION EN COMPAÑIA DE CIRUGIA PLASTICA EL DR HAROL PERDOMO CON TECNICA ASEPTICA Y ANTISEPTICASE RETIRA VENDAJE ELASTICO EN TOBILLO IZQUIERDO ENCONTRANDO HERIDA QUIRURGICA TIPO ZONA CRUENTA EN BUEN ESTADO, FONDO LIMPIO Y VIABLE, CON ESCASO TEJIDO DE GRANULACION, SIN EXPOSICION SE ESTRUCTURAS TIPO TENDON O HUESO, SIN DATOS DE INFECCION LOCAL O SECRECION; DISMINUCION MARCADA DE SIGNOS INFLAMATORIOS PERILOCAL. SE REALIZA CURACION CON ALCOHOL PERILESIONAL, SE APLICA GELATINA SIN SABOR Y SE CUBRE NUEVAMENTE CON GASAS FURACINADAS + GASAS SECAS + VENDAJE ELASTICO. NO COMPLICACIONES.

Valentina Arias
QUIEN REALIZA

yoda Ramirez
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,29-May-2024 09:52:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		ANEXO1	**VIA INGRESO**	HOSPITALIZACION
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 01	URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	ANEXO2:	**Fecha Ingreso:**	2024.04.0 01:42
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	47 Años		**Fecha Egreso :**	2024.04.2 08:37
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**	
26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY	1 NIVEL I	TESALIA	CALLE 9 N 8 - 22	3214339856	

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.04.07	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VAC	5.00
2024.04.07	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	VAC	1.00
2024.04.07	KE	BAJALENG	BAJALENGUAS	VAC	1.00
2024.04.07	RIO	FURACIN	NITROFURAZONA X GRAMO POMADA	VAC	10.00
2024.04.07	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	VAC	2.00

7

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10086922
01/04/2024 7:44:00 PM
Historia Clínica No. 26472063

IDENTIFICACION

Paciente : YOBANY RAMIREZ VIEDA
Entidad: SEGUROS LA EQUIDAD
Pais: COLOMBIA **Departamento:** HUILA
Dirección: CLL9 8-22 (LOS PINOS)

Identificación No.: CC No. 26472063
Fecha Nacimiento: 22 - sept. - 1976
Ciudad: TESALIA Edad: 47 Años Sexo F
Teléfonos: 3214339856

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: lunes, 1 de abril de 2024 **Hora:** 19:09 Triage: Tipo III
Acompañante:
Dirección: Tel.

Paciente Llega por sus propios medios?
Sí Cual
Estado:

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

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
LA HERIDA SE ME INFECTO.
PRESENCIAL.

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD LA CUAL VIENE POR QUE HACE 8 DIAS SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, LO QUE LE PRODUJO HERIDA EN PIE IZQUIERDO, REGION DEL TALON CARA INTERNA, LA CUAL PRESENTA DOLOR, EDEMA ERITEMA Y SECRECION PURULENTA. POR LO QUE ACUDE.

Antecedentes

PATOLOGICOS
- MIGRAÑA- OBESIDAD
GASTRITIS CRONICA SIN TRATAMIENTO.
FARMACOLOGICOS
- NO RECUERDA
HOSPITALARIOS
- HACE 1 MES POR CRISIS MIGRAÑOSA
QUIRURGICOS
- NIEGA
TRAUMATICOS
- NIEGA
OBSTETRICOS
- Nacivos Vivos
- Cuantos Viven
- Número de Gestas
- Número de Partos Vaginales
TOXICOS
- NIEGA
ALERGICOS
- NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

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

EXAMEN FISICO

Presión Arterial: 158 / 82 //Frecuencia Cardiaca: 82 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 105 //Talla: 175 //I.M.C.: 34.29 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 107.33

EXAMEN FÍSICO
*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: PRESENTA HERIDA EN CARA INTERNA DEL TALON IZQUIERDO EN V, DE +/- 9 CM, CON PINTOS DE SUTURA, EDEMA, ERITEMA Y SECRECION PURULENTA. DOLOR INTENSO. EDEMA DEL CUELLO DEL PIE. *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

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

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

IMPRESION DIAGNOSTICA

6

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10086922
01/04/2024 7:44:00 PM
Historia Clínica No.
26472063

- Principal (L039) CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO

Analisis Dx PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD LA CUAL VIENE POR CELULITIS EN PIE IZQUIERDO SECUNDARIO A HERIDA INFECTADA, LA CUAL SE PRODUJO LUEGO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, REFIERE QUE HA ESTADO CON MEDICACION SIN MEJORIA, HOY PRESENTA DOLOR Y LO DESCRITO. SE DECIDE ORDENAR HOSPITALIZAR PERO SE INFORMA DE PARTE DE FACTURACION QUE POR SER SOAT NO SE PUEDE Y QUE DEBE SER REMITIDA. SE DAN LAS SIGUIENTES ORDENES.

Conducta a seguir:
1. DIETA COMUN.
2. SELLO VENOSO.
3. OXACILINA 2 GRAMOS IV CADA 6 HORAS.
4. CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 8 HORAS
5. DIPIRONA 1 GRAMO IV CADA 8 HORAS
6. IBUPROFENO 400 MG VO CADA 8 HORAS.
7. CURACIONES POR ENFERMERA JEFE CADA 12 HORAS.
8. REMISION A II NIVEL PARA MANEJO.
9. CSV Y AC.

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
228154 - HAROLD JESUS AVILA PALACIO (MEDICINA GENERAL) Fecha: 01/04/2024 Hora: 20:05

1 - QUIK CATH Nos. 16-18-20-22-24 1
- EQUIPO-DE-VENOCLISIS 1
- Sodio cloruro Solución inyectable 0.9% x 500 ml. 0.9% Solución inyectable 1
4 - BURETROL EQUIPO 1
5 - Oxacilina (sal sódica) Polvo para reconstituir 1 gr 1 gr Polvo para reconstituir 2
6 - Dipirona Solución inyectable 40.- 50 % Solución inyectable 1
7 - Jeringa Desechable 10 ml B-D 1
8 - TAPON HEPARINIZADO 1

Harold Avila P. ATENCION ABIERTA

HAROLD JESUS AVILA PALACIO
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1042972804
Firma profesional que da ingreso al paciente

5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.472.063
RAMIREZ VIEDA
APELLIDOS
YOBANY
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1976
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-OCT-2000 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1900500-00530129-F-0026472063-20140120 003672-1062A 1 39697383

4

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	10559731
NOMBRES	JHON JAIRO
APELLIDOS	LUCUMI VALENCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Conductor

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/02/2024 02:02:07	**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.

3

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902023000134234

VE
1

FECHA IMPORT.
22/08/2023

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
12/09/2023

FECHA EXP. LIC. TTO.
12/09/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT0700270G326

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029998931

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PMT66G	AKT	AK125NKD EIII	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO MATE	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMI064496E3	N	9F2D51250RB027950

NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2D51250RB027950	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
BONILLA RAMIREZ JEAN CARLOS	C.C. 1192757014

2

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	**PMT66G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10029998931**	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:	**157FMI064496E3**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D51250RB027950**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D51250RB027950**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**12/09/2023**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8117875900	06/09/2023	07/09/2023	06/09/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-62547 fechada el dia 24.08.05 cuyo paciente es RAMIREZ VIEDA YOBANY

HISTORIA No. 26472063

GLOSA No: ZGL-1-48961 **SINIESTRO:** 62547

>> **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!
15 de Noviembre del 2024
20313263
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: 13/11/2024

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-FEC1-62547 fechada el dia 24.08.05 cuyo paciente es RAMIREZ VIEDA YOBANY

HISTORIA No. 26472063

GLOSA No: ZGL-1-48961 **SINIESTRO:** 62547

>> 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

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.

>> ITEM GLOSADO 5: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	7000.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	7000.00	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

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 (AMPICILINA) EN SOLUCION SALINA SE NECESITA DE AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA QUE NO SE TAPE POR EL ANTIBIOTICO.
POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 6: ME -VENDA VENDA ELASTICA DE 4X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	2500.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	2500.00	

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

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 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:	6,281,990.00
VALOR GLOSADO :	158400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	158400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20306935	**No.**	193341	**Siniestro**	90741373	**No. Factura**	FEC162547		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	24/03/2024	**Fecha aviso**	27/03/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024	
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	811787590	**Vigencia**	07/09/2023	**hast**	06/09/2024
Id tomador	1192757014	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	26472063	**Nombre**	YOBANY RAMIREZ VIEDA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15103	DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS, MÁS DEL 5% ÁREA CORPORAL		100%	371,300	0	371,300
1	39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 07		100%	218,900	0	218,900
1	39118	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 07		100%	97,900	0	97,900
1	39209	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 07		100%	697,000	0	697,000
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%	409,500	0	409,500
5	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	1,734,500	0	1,734,500
2	39130	ATENCIÓN DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO	/	100%, 100%	165,600	0	165,600
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	39140	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA		100%	79,100	0	79,100
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	71,500	0	71,500
1	77702	INSUMOS	EE. NO SE RECONOCE ALGODON 6X5 $9400 NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55). EE. NO SE RECONOCE ELASTICA 6X5 $17100NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55). EE.NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA $7000 EE. NO SE RECONOCE ELASTICA 4X5 $2500NO SE RECONOCE VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55).		80,000	36,000	44,000
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	2,234,290	0	2,234,290

1001	Cobrado	6,281,990
1002	Obj. Parcial	158,400
1003	Liquidado	6,123,590

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: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 2 de abril de 2024						
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	HACI	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	HACI	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HACI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HACI	
12:00:53	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
14:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HACI	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HACI	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPMI	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPMI	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CPMI	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	CPMI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPMI	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	CPMI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	CPMI	
				TOTAL SUMINISTRADO:	36.00	
FECHA DEL CONTROL : miércoles, 3 de abril de 2024						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	STYI	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STYI	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STYI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	

16

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STYI	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPMI	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPMI	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	CPMI	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPMI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
14:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPMI	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPMI	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HACI	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HACI	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HACI	
18:00:16	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	HACI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HACI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HACI	

TOTAL SUMINISTRADO: 71.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 4 de abril de 2024

00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	VACI
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VACI
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VACI
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI

15

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VACI	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DERLYMOR	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	DERLYMOR	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	STYI	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	STYI	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	STYI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	STYI	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	STYI	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	STYI	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	STYI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	STYI	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	STYI	
14:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	STYI	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	STYI	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	STYI	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	STYI	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DISI	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DISI	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DISI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DISI	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DISI	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DISI	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DISI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DISI	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DISI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DISI	
20:00:12	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 67.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 5 de abril de 2024

00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HACI
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	HACI
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HACI
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI

14

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

ENTIDAD: ATI501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

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	HACI	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HACI	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HACI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HACI	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HACI	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HACI	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	HACI	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HACI	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DISI	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DISI	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DISI	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DISI	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DISI	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DISI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DISI	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DISI	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DISI	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DISI	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DISI	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DISI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	STYI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STYI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STYI	

TOTAL SUMINISTRADO: 59.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 6 de abril de 2024

00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STYI
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	STYI
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STYI
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STYI
00:00:25	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI

13

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY **EDAD:** 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 **TELEFONO:** 3214339856

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

Nº SINIESTRO: 2SI-1-62432 **FECHA SINIESTRO:** 2024.03.31 **Nº POLIZA:** e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
14:00:02	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
14:00:03	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
14:00:43	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
14:00:46	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 67.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 7 de abril de 2024

PACIENTE: 26472063 RAMIREZ VIEDA YOBANY EDAD: 47

DIRECCION: CALLE 9 N 8 - 22 TELEFONO: 3214339856

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS AREA SERV.: HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62432 FECHA SINIESTRO: 2024.03.31 Nº POLIZA: e18117875900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	GUANTES-EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
02:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	STY1	
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	STY1	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VAC1	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
10:16:00	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
10:16:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
10:16:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VAC1	
10:16:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	VAC1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
14:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	4.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VAC1	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 58.00

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:05:41 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC162547

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:
f64fdea4e45a12d5438f63042642e8ae6b12d294c53a391473d95f0cf96591e70236e1f43421e54d62845918c96a0b26

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
6281990

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:
0591f904338cdea67d1cfe223120ba7e5230200b2e9ce9be70016bcd9e857d62531174c7bc91dccf91a4a8563173e87d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-05 04:22:27.000 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

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. FEC162547

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:
f64fdea4e45a12d5438f63042642e8ae6b12d294c53a391473d95f0cf96591e70236e1f43421e54d62845918c96a0b26

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

CUDE:
504be7546da3aaf6963391e6db23883e2c0c2fc9faa51fb0c3d444ce29bb08287ad4e188df643753b0c8370989272c2a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-05 04:44:24.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
e6b9f21e0f2c9c8248397ea515abe5a0be93eeefd8fb8e7122b7c44f73b8f9885d3b02a3a439375cfe76ea975f75ad3a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:52:25.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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. FEC162547

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:
f64fdea4e45a12d5438f63042642e8ae6b12d294c53a391473d95f0cf96591e70236e1f43421e54d62845918c96a0b26

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
acd8ff207ad5e47f14f124d4025032853b4f6f9e21574fb6fce3d775394c3c1a2a446aa0157ea39d1903340d14a6dce1

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-08-24 12:52:40.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.17	11:43:34	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63868

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** 183822
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO**
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.24 - 14:21 2024.07.24 - 18:12

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER **EDAD :** 4 Años
DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO PALERMO **TELEFONO:** 3123668129
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	24-Jul-2024	S55101					APG	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	116,700	116,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 24								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
	EQUIPO DE MICROGOTEO								2	5,080	10,160
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								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								2	4,892	9,784
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932764-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								1	11,300	11,300
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.24	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.24	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.24	873206					APG	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.24	873121					APG	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.24	873121					APG	1	90,400	90,400
21141	COLUMNA DORSAL O TORAXICA	2024.07.24	871020					APG	1	112,000	112,000
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2024.07.24	871040					APG	1	139,300	139,300
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.07.24	871121					APG	1	99,300	99,300
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.07.24	871121					APG	1	99,300	99,300
21701	CRANEO SIMPLE	2024.07.24	879111					APG	1	690,900	690,900
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.24	902208						1	34,300	34,300
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.24	902045						1	49,900	49,900

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2021-12-... por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5f7515b1a130b40c32fe98d9adcbea4e2cfa5f587b317b99db749c703996c1fa6c9eb2e5e0f0f85d155d46474f2684814

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.393.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
7 de Octubre del 2024
20306927

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 ,2024.09.17	11:43:34	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63868

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99-07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
CONTRATO/PLAN
001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN
OTRO REGIMEN
AUTORIZACION

TIPO CONTRATO
EVENTO
VIA DE INGRESO
URGENCIAS
ORDEN SS 183622
FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
2024.07.24 - 14:21 2024.07.24 - 18:12

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER
EDAD : 4 Años
DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO PALERMO
TELEFONO: 3123668129
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	24-Jul-2024	S55101					APG	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	116,700	116,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 24								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
	EQUIPO DE MICROGOTEO								2	5,080	10,160
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
MEDICAMENTOS											
19927267-06	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
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								1	11,300	11,300
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.24	873206		APG				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.24	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.24	873121		APG				1	90,400	90,400
21141	COLUMNA DORSAL O TORAXICA	2024.07.24	871020		APG				1	112,000	112,000
21142	COLUMNA LUMBOSACRA	2024.07.24	871040		APG				1	139,300	139,300
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.07.24	871121		APG				1	99,300	99,300
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.07.24	871121		APG				1	99,300	99,300
21701	CRANEO SIMPLE	2024.07.24	879111		APG				1	690,900	690,900
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.24	902208						1	34,300	34,300
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.24	902045						1	49,900	49,900

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

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

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

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

Cufe: 5f7515b1a130b40c32fe98d9adcbea4e2cfa5f587b317b99db749c703996c3fa6c9eb2c5c00185a155d46474f2684814

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 ,2024.09.17	11:43:34	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63868

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.24	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.07.24	935304		APG				1	77,700	77,700
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.24	890701		APG				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.24	S22101		ZGS				1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.07.24	S22103		APG				1	95,500	95,500
UNID	INMOVILIZADOR PEDIATRICO DE CARTON PARA PIERNA N.R	2024.07.24	244104		APG				1	0	0

VALOR BRUTO:	2,206,860	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,206,860

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.17 11:51:35 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: 5f7515b1a130b40c32fe98d9adcbea4e2cfa5f587b317b99db749c703996c3fa6c9eb2c5c00185a155d46474f2584814

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

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

26

FACTURA:	63868
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,411,568
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 795,292
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 63868

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
MORALES	VARGAS

1er.Nombre	2do.Nombre
MAICOL	JAVIER

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC[X] TI AS MS PT PE SC CD DE — No. Documento: 1083937116

De: 41524 Fecha de Nacimiento: 06/09/2020 Sexo: F M[X] O

Direccion: VEREDA ALTO SAN PEDRO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123668129

Municipio: PALERMO Cod. 524

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

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

Otros [ ] Cual?

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 4 N 16_01

Fecha Evento/Accidente: 24/07/2024 Hora: 09:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TERUEL Cod. 801 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON, ES ARROLLADO POR MOTO CON PLACA TGX69E 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: AKT Placa: TGX69E

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 8123377900 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 19/07/2024 Hasta: 18/07/2025

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

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: VEREDA ALTO SAN PEDRO

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: PALERMO **Cod.** 524 **Telefono:** 3123668129 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
ORTIZ	RAMIREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
MEYER	ESTIVEN

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] AS[ ] MS[ ] PA[ ] RC[ ] TI[ ] PT[ ] PE[ ] SC[ ] CD[ ] DE[ ] **No. Documento** 1075210972

Direccion: VEREDA ALTO SAN PEDRO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3123668129

Municipio: PALERMO **Cod.** 524

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: 24/07/2024 a las 12:09

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: LEWIS JONATHAN NATES BOLAÑOS **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 24/07/2024 a las 12:24

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: ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **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: 24/07/2024 a las 14:21

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Fecha de Egreso: 24/07/2024 a las 18:12

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

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**
ANGELICA	MARIA

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	2206860	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. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2024.07.24	HORA DE INGRESO: 14:21
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2024.07.24	HORA DE EGRESO: 18:12
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
CONFIRMADO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
RELACIONADO1: S822 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA
RELACIONADO2: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.24-14:39:11 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON, ES ARROLLADO POR MOTO CON PLACA TGX69E Y SUFRE LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 02:20 PM EN COMPAÑIA DE PADRE DEL MENOR
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE TERUEL , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY 24/07/2024 OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, 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:
NO VOMITO NO TOS NO FIEBRE

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 75 FR: 17 TEMP: 36.5 TALLA: 90 PESO: 15 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. HEMATOMA SUBGALEAL EN REGION OCCIPITAL IZQUIERDO.
<<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 POSTERIOR.
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS.
<<GENITOURINARIO>>

25

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SIN LESIONES.
<<PELVIS>>
SIN LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO CON DOLOR EN REGION DE COLUMNA TORACOLUMBAR, EXTREMIDADES SIMETRICAS CON EDEMA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN CODO IZQUIERDO, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE. GLASGOW 15/15, CEFALEA INTENSA DE 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR.
<<PIEL>>
ABRASIONES EN CODO IZQUIERDO, ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN TORAX POSTERIOR Y EN REGION DE COLUMNA TORACOLUMBAR. HERIDA COMPLEJA EN RODILLA DERECHA CON PERDIDA DE SUSTANCIA DE 10 CM, ENCUENTRA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO CON BORDES EVERTIDOS E IRERGULARES, CON NECROSIS DE LOS BORDES.
<<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, NEUROCIRUGIA.
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA
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

24

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

HEMOGRAMA , PT Y TPT INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 250 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLITO DE 200 CC AHORA Y CONTINUAR A 20 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 15 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.24-15:57:35 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: 14:41 / 14:43 DURACION: 00:01

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 ABRASION EN ZONA COSTAL IZQUIERDA Y HERIDA EN PIERNA DERECHA SE OBSERVAN 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: 24.07.24-16:03:16 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 15:45 / 16:01 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES,

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.24-16:03:43 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE REALIZA INMOVILIZACION PROVISIONAL CON CARTONPLAST
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE:NO COLECCIONES, NO SANGRADOS, LINEA MEDIA CONSERVADA, NO DESVIACIONES, NO SIGNOS DE FRACTURA, HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL IZQUIERDO.

RADIOGRAFIA DE TORAX: NO SIGNOS DE HEMOTORAX, NI NUEMOTORAX, SILUETA CARDIACA EN APARIENCIA NORMAL, NO SIGNOS DE FRACTURA

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA: NO SIGNOS DE FRACTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA: NO ACUÑAMIENTOS, NO DESLIZAMIENTOS, NO SIGNOS DE FRACTURA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA: NO ACUÑAMIENTOS, NO DESLIZAMIENTOS, NO SIGNOS DE FRACTURA

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO : NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: FRACTURA DE TIBIA DISTAL EN TALLO VERDE?

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA : NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO : NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

PARACLINICOS: LEUCO: 10.96 NEUTRO: 73.9 LINF: 18.8HB: 13.6 HTO: 37.7 PLAQUETAS: 240.000
TP: 13.1 TPT: 27.5 INR: 0.94
DE BAJO RIESGO.

** 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 DERECHO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES,
LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.24-18:12:26 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, PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA.

*** FECHA: 24.07.24-18:12:27 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.24-18:12:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA		
RELACIONADO 1: S810 - HERIDA DE LA RODILLA		

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

DR@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183622

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183622 **Fecha** 24/07/2024

Nombre Paciente: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER - 1083937116 **Edad:** 3 **Sexo:** M

Quien Realiza: ZGS- SALMA ZULUAGA GIRALDO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
5. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
5. S202-CONTUSION DEL TORAX

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 ABRASION EN ZONA COSTAL IZQUIERDA Y HERIDA EN PIERNA DERECHA SE OBSERVAN 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

Salma Giraldo
QUIEN REALIZA

Anderson J Morales
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Jul-2024 16:35:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2024.07.2 14:21
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 3 Años Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER 1 NIVEL I PALERMO VEREDA ALTO SAN 3123668129

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.24	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ZGS	10.00
2024.07.24	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ZGS	10.00
2024.07.24	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ZGS	6.00
2024.07.24	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ZGS	1.00
2024.07.24	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ZGS	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183622

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183622 **Fecha** 24/07/2024

Nombre Paciente: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER - 1083937116 **Edad:** 3 **Sexo:** M

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

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
5. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
5. S202-CONTUSION DEL TORAX

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

QUIEN REALIZA

Anderson J Morales

FIRMA DE PACIENTE

PACIENTE: 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER **EDAD:** 3

DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO **TELEFONO:** 3123668129

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64330 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.24 **Nº POLIZA:** 8123377900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	miércoles, 24 de julio de 2024					
14:40:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
14:40:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
14:40:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
14:40:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
14:40:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	4.00		DIA	MFV1	
14:40:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	
14:40:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFV1	
14:40:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFV1	

TOTAL SUMINISTRADO: 12.00

MARIA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clinico Especializado

202407240059

MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

202407240059

Documento	: RC1083937116	Género	: Masculino
F. Nacimiento	: 2021-07-24	Edad	: 03 Años
Dirección	:	Teléfono	:
EPS			

Sede		Servicio	: URGENCIA
Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS		
Municipio			
F. Ingreso	: 2024-07-24 03:05:57 pm	F. Impreso	: 2024-07-24 03:38:52 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
mograma IV			
Recuento de Leucocitos	10.96	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.43	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	13.6	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	37.7	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	85.3	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	30.7	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	36.0	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	240	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	73.9	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	18.8	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	6.6	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	0.70	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	8.10	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.06	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.73	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.07	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	9.0	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	44.8	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	15.4	%	11.5 - 14.5
PDW	15.9		
PCT	0.217	%	

Dra. Gicela Ramirez Manrique

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	13.10	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	27.50	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.94		

MARIA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407240059

MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

202407240059

Documento	: RC1083937116	**Género**	: Masculino
F. Nacimiento	: 2021-07-24	**Edad**	: 03 Años
Dirección	:	**Teléfono**	:
EPS			

Sede	**Servicio** : URGENCIA
Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Municipio	
F. Ingreso : 2024-07-24 03:05:57 pm.	**F. Impreso** : 2024-07-24 03:38:52 pm

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

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

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	$ 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	ID	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

202407240001	CLINICA DE FRACTURAS	12127847	OLIVER		OVIEDO	CORTES	CC	M	TROPONINA CUANTITATIVA	$ 105,900
ANDERSON CERQUERA PASCUAS										
202407240011	CLINICA DE FRACTURAS	7726444	ANDERSON		CERQUERA	PASCUAS	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407240011	CLINICA DE FRACTURAS	7726444	ANDERSON		CERQUERA	PASCUAS	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407240011	CLINICA DE FRACTURAS	7726444	ANDERSON		CERQUERA	PASCUAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407240011	CLINICA DE FRACTURAS	7726444	ANDERSON		CERQUERA	PASCUAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407240011	CLINICA DE FRACTURAS	7726444	ANDERSON		CERQUERA	PASCUAS	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
MAICOL JAVIER MORALES VARGAS										
202407240059	CLINICA DE FRACTURAS	1083937116	MAICOL	JAVIER	MORALES	VARGAS	RC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407240059	CLINICA DE FRACTURAS	1083937116	MAICOL	JAVIER	MORALES	VARGAS	RC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407240059	CLINICA DE FRACTURAS	1083937116	MAICOL	JAVIER	MORALES	VARGAS	RC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
LEIDY TATIANA TOLEDO VALDERRAMA										
202407240060	CLINICA DE FRACTURAS	1075248455	LEIDY	TATIANA	TOLEDO	VALDERRAMA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407240060	CLINICA DE FRACTURAS	1075248455	LEIDY	TATIANA	TOLEDO	VALDERRAMA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407240060	CLINICA DE FRACTURAS	1075248455	LEIDY	TATIANA	TOLEDO	VALDERRAMA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
LIGIA MORALES CARDOZO										
202407240089	CLINICA DE FRACTURAS	55156545	LIGIA		MORALES	CARDOZO	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407240089	CLINICA DE FRACTURAS	55156545	LIGIA		MORALES	CARDOZO	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407240089	CLINICA DE FRACTURAS	55156545	LIGIA		MORALES	CARDOZO	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407240089	CLINICA DE FRACTURAS	55156545	LIGIA		MORALES	CARDOZO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407240089	CLINICA DE FRACTURAS	55156545	LIGIA		MORALES	CARDOZO	CC	F	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: 24.08.13
HORA: 08:26:42
PAGINA No: 1

Numero: 91668 Fecha Ex. 24/07/24 Hora 14:25
Nombre Paciente: 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER
Dirección: VEREDA ALTO SAN PEDRO Telefono: 3123668129 Edad: 3 A Sexo: M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE 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 PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose imagen de fractura del extremo distal de la tibia ligeramente impactada sin desplazamiento.
Edema de los tejidos blandos a los focos de fractura.

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 COLUMNA TORACICA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la columna dorsal observándose en la proyección AP alineamiento normal de la columna dorsal sin curvas escolióticas.
Los pedículos de las vértebras dorsales aparentes en el examen no muestran cambios.
En la radiografía lateral los cuerpos de la columna dorsal tienen altura y alineamiento normal.
Los espacios intervertebrales y los contornos óseos del canal medular están conservados.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la columna lumbosacra observándose adecuado alineamiento de la columna, sin curvas escolióticas.
Lo pedículos de las vértebras lumbares son normales.
En la placa lateral los cuerpos vertebrales lumbares presentan altura alineamiento y densidad ósea normales.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.08.13
HORA:	08:26:43
PAGINA No:	2

Numero: 91668 Fecha Ex. 24/07/24 Hora 14:24
Nombre Paciente: 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER
Dirección: VEREDA ALTO SAN PEDRO Telefono:3123668129 Edad: 3 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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

CONCLUSION
COLUMNA LUMBOSACRA:
Dentro de límites normales

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

*HALLAZGOS

Proyección PA y lateral del tórax en la que se advierte satisfactoria expansión pulmonar bilateral.
La trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
Examen negativo para procesos pleura pulmonares evolutivos
Ángulos costo frénicos libres
Mediastino que muestra un cayado aórtico normal
No hay cardiomegalia.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA

*HALLAZGOS

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

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se anota ligero edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región parietal izquierda.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
Se anota pequeñas hipodencidades temporobasales anteriores bilaterales que puede corresponder a pequeños quistes aracnoideos temporobasales bilaterales.
También se anota ligera ampliación de la cisterna de la base de la región media sistema ventricular supratentorial es normal
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
Imágenes de artefactos hiperdenso focal nodular hacia el aspecto central del endocraneo.

No hay evidencia de contusiones cerebrales focalizadas ni presencia de colecciones hemáticas extra axiales.

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, 29/07/24

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

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

Yo Anderson Javier Morales identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Maikol Javier Morales., con identificación No. 1083937116, 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 29/07/24 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Anderson J. Morales

Firma
Nombre: Anderson J. Morales
c.c. 1004033475

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
202407240024 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 24 MES 07 AÑO 2024 **Autorización:** x
No. de Historia Clínica RC1083937116
Sede ESE HOSPITAL SAN ROQUE Código 418010026101
Institución a la que se remite - Código 000000

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
MAICOL JAVIER	MORALES	VARGAS	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1083937116
Dirección TERUEL HUILA Teléfono 3123668129 Edad 3 Ano(s)
Municipio TERUEL Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 06/09/2020
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso
D 24 M 07 A 2024
Fecha de Egreso
D 24 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 LEWIS JONATHAN NATES BOLAÑOS
Firma y Sello

C.C 1061705551
Registro Médico

// REMISION PARA VALORACION POR TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA /// CONTUSION DE RODILLA Y PIERNA SOSPECHA DE FRACTURA ?// INGRES A PACIENTE CON LOS PADRES REFIERE QUE ACCIDENTALMENTE EL MENOR FUE ATROPELLADO POR UNA MOTICICLETA SUFRE CONTUSIONES MULTI PLES AREA POSTERIOR DE CABEZA CON HEMATOMA SUBGALEAL NO PERDIDA DE CONCIENCIA , NO EMESIS , SI DOLOR CONTUSION Y ESCORIACI ON ABRASIVA EN AREA COSTAL IZQUEIRDA , AREA DORSAL MEDIAL , CONTUSION A NIVEL DE RODILLA DERECHA CON HERIDA DE 2 CM Y ESCORI ACIONES , CONTUSION CON HEMATOMA AREA MEDIA DE PIERNA DERECHA CON DOLOR A LA MARCA , NO APOYA LA EXTREMIDAD , NO EMESI S, DIURESIS CLARA, NO OTROS MOTIVOS POR LOS CUALES INGRESA AL SERVICIO DATOS DEL ACCIDENTA FECHA Y HORA : 24/07/2024 HORA 9+30 AM PEATON LESIONADO LUGAR CRA 4 # 16 - 01 BARRIO SAN JOSE TERUEL HUILA VEHICULO: MOTOCICLETA AKT PLACA TGX69E LINEA AK200TTR S OAT EUIDA SEGUROS VIGENTE PACIENTE QUIEN PRESENTA MULTIPLES CONUSIONES Y ESCORIACCIONES POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL SER ATR OPELLADO POR MOTOCICLETA; ENMARCANDO CONTUSIONES EN RODILLA Y PIERNA DERECHA NOSE DESCARTA DEFORMIDAD OSEA, SE INGRES A PARA MANEJO MEDICO INICIAL Y SE REMITE PARA TOMA DE RADIOGRAFIAS Y VAORACION POR ORTOPEDIA, SE EXPLICA A LOS FAMILIRAES DE L MENOR ENTIENDE Y ACEPTA PLAN ATENCION INICIAL DE URGENCIAS REMISION PARA VALORACION ESPECIALIZADA POR T.ORTOPEDIA LAVADO Y CURACION DE HERIDAS SUTURA DE HERIDAS VENDAJE DE RODILLA DERECHA ACETAMINOFEN DAR 10 CM V.O CONTROL DE SIGNOS E INFORM AR CAMBIOS

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 12:09 Hora 12 Minutos 09

Nombre de la persona que solicita la Remisión

LEWIS JONATHAN NATES BOLAÑOS.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 12:09 Hora 12 Minutos 09

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

x

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	S898
HERIDA DE LA RODILLA	S810
PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE NO ESPECIFICADO	V099

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

INGRESA PACIENTE CON LOS PADRES REFIERE QUE ACCIDENTALMENTE EL MENOR FUE AROPELLADO POR UNA MOTICICLETA SUFRE CONTUSIONES MULTIPLES AREA POSTERIOR DE CABEZA CON HEMATOMA SUBGALEAL NO PERDIDA DE CONCIENCIA , NO EMESIS , SI DOLOR CONTUSION Y ESCORIACION ABRASIVA EN AREA COSTAL IZQUEIRDA , AREA DORSAL MEDIAL , CONTUSION A NIVEL DE RODILLA DERECHA CON HERIDA DE 2 CM , ESCORIACION , AREA CONTUSA MEDIAL , CONTUSION CON HEMATOMA AREA MEDIA DE PIERNA CON DOLOR A LA MARCA , NO APOYA LA EXTREMIDAD , NO EMESIS, DIURESIS CLARA, NO OTROS MOTIVOS POR LOS CUALES INGRESA AL SERVICIO DATOS DEL ACCIDENTA FECHA Y HORA : 24/07/2024 HORA 9+30 AM PEATON LESIONADO LUGAR CRA 4 # 16 - 01 BARRIO SAN JOSE TERUEL HUILA VEHICULO: MOTOCICLETA AKT PLACA TGX69E LINEA AK200TTR SOAT EUIDA SEGUROS VIGENTE

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
90/60	124	36.30	20	75.0	15.00	

Hallazgos del Examen Físico

BUEN ESTADO GENERAL, NO FEBRIL **Cabeza:**Normal HEMAOMA SUB GALEAL OCCIPITAL IZQUIERDO NORMOCEFALO PINRL MUCOSAS HUMEDAS Y RODASA, ESCLERAS ANICTERICAS - **Cuello:**Normal CUELLO MOVIL NO DOLOROSO - **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 DIURESIS EXPONTANEA CLARA - **Extremidades:**Normal AREA CONTUSA EN RODILLA DERECHA CON HERIDA DE 2 CM SANGRANTE, CONTUSION MEDIA DE PIERNA DERECHA DOLOR INTENSO , MARCHA ANTALGICA CASI NO APOYA EL PIE - **Neurológico:**Normal CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW15/15 - **Nariz:**Normal NO ALTERACIONES - **Oidos:**Normal NO ALTERACIONES - **Boca:**Normal MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA - **Ojos:**Normal PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVOS A LA LUZ - **Piel:**Normal SIN LESIONES - **Ano:**Normal NO EVALUADO - **Osteomuscular:**Normal ESCORIACION ABRASIVA EN AREA COSTAL IZQUEIRDA Y AREA DORSAL MEDIAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	S898
HERIDA DE LA RODILLA	S810
PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE NO ESPECIFICADO	V099

Observaciones o Sugerencias

INGRESA PACIENTE CON LOS PADRES REFIERE QUE ACCIDENTALMENTE EL MENOR FUE ATROPELLADO POR UNA MOTICICLETA SUFRE CONTUSIONES MULTIPLES AREA POSTERIOR DE CABEZA CON HEMATOMA SUBGALEAL NO PERDIDA DE CONCIENCIA , NO EMESIS , SI DOLOR CONTUSION Y ESCORIACION ABRASIVA EN AREA COSTAL IZQUEIRDA , AREA DORSAL MEDIAL , CONTUSION A NIVEL DE RODILLA DERECHA CON HERIDA DE 2 CM , ESCORIACION , AREA CONTUSA MEDIAL , CONTUSION CON HEMATOMA AREA MEDIA DE PIERNA CON DOLOR A LA MARCA , NO APOYA LA EXTREMIDAD , NO EMESIS, DIURESIS CLARA, NO OTROS MOTIVOS POR LOS CUALES INGRESA AL SERVICIO DATOS DEL ACCIDENTA FECHA Y HORA : 24/07/2024 HORA 9+30 AM PEATON LESIONADO LUGAR CRA 4 # 16 - 01 BARRIO SAN JOSE TERUEL HUILA VEHICULO: MOTOCICLETA AKT PLACA TGX69E LINEA AK200TTR SOAT EUIDA SEGUROS VIGENTE PACIENTE QUIEN PRESENTA MULTIPLES CONUSIONES Y ESCORIACCIONES POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL SER ATROPELLADO POR MOTOCICLETA, ENMARCANDO CONTUSIONES EN RODILLA Y PIERNA DERECHA NOSE DESCARTA DEFORMIDAD OSEA, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO INICIAL Y SE REMITE PARA TOMA DE RADIOGRAFIAS Y VAORACION POR ORTOPEDIA, SE EXPLICA A LOS FAMILIRAES DEL MENOR ENTIENDE Y ACEPTA PLAN ATENCION INICIAL DE URGENCIAS REMISION PARA VALORACION ESPECIALIZADA POR T.ORTOPEDIA LAVADO Y CURACION DE HERIDAS SUTURA DE HERIDAS VENDAJE DE RODILLA DERECHA ACETAMINOFEN DAR 10 CM V,O DICLOFENAC AMP APLICAR 1 ML IM DEXAMETASONA AMP 4 MG APLICAR I.M CONTROL DE SIGNOS E INFORMAR CAMBIOS

Impreso por:

CALDERON SALAZAR MARIA FERNANDA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REGISTRADURÍA
NNEst

NUIP	1,083,937.116

REGISTRO CIVIL Indicativo 61161660
DE NACIMIENTO Serial

		Codigo	6	0	G

Dtos enl bscrita																	
HORALES.									VARGAS. bre								
MAICOL JAVIER.																	
Saxa (an letras) Grups sanguimac Fa Fecha de nacimiento																	
Ao	2	0	2	0	Mes	S	E	P	Dia	0	6	MASCULINO Impre			POSITIVO		
COLOHBIA HUILA PITALITO.																	

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.	160224114.
VARGAS POLANIA LAURA PAOLA.	
T1 1,004,155.618.	COLOMBIA.
HORALES RODRIGUEZ ANDERSON JAVIER.	
CC 1,004.033,475.	COLOMBIA.

Apellidos y nombres completos HORALES RODRIGUEZ ANDERSON JAVIER	
Dectimnente de Identsticacion (Ctase y numero) CC 1,004,033.475.	Fire Anderser

Date primer tcstigo	
Documento (Clase y numero)	

Dates segurda tcst go	
Documento	

fecha de tnscripcion	Notabre y firma del fuacionana hutorira
	DANIEL AUCUSTO VARGAU STEKCING

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	1075210972
NOMBRES	MEYER ESTIVEN
APELLIDOS	ORTIZ 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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/08/2024 16:50:40	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

RUNT 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:	**TGX69E**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10032307512**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK200TTR**
MODELO:	**2019**	COLOR:	**NEGRO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**163FMLQQ416505**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2A1200XK5000366**	NÚMERO DE VIN:	**9F2A1200XK5000366**
CILINDRAJE:	**197**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**06/03/2018**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**UND MCPAL TTOyTTE PALERMO**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8123377900	18/07/2024	19/07/2024	18/07/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8111253900	26/05/2023	27/05/2023	26/05/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
15040600015960	17/05/2022	18/05/2022	17/05/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-63868 fechada el dia 24.09.17 cuyo paciente es MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

HISTORIA No. 1083937116

GLOSA No: ZGL-1-48968 **SINIESTRO:** 63868

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313265

equidad seguros

>> **ITEM GLOSADO 1:** SO1-21201- TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	99300.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	99300.00	

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 EN TORAX DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION POSTERIOR. 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:** SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	690900.00	

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: 13/11/2024

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-FEC1-63868 fechada el dia 24.09.17 cuyo paciente es MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

HISTORIA No. 1083937116

GLOSA No: ZGL-1-48968 **SINIESTRO:** 63868

>> **ITEM GLOSADO 1:** SO1-21201- TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	99300.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	99300.00	

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 EN TORAX DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION POSTERIOR. 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:** SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	690900.00	

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	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 VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA EN CABEZA HEMATOMA SUBGALEAL EN REGION OCCIPITAL IZQUIERDA Y EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN EL EXAMEN NEUROLOGICO CEFALEA INTENSA 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 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	SOPORTE SALA DE CURACION - HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTO SUMINISTRADO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS DONDE SE EVIDENCIA EL USO DEL CLORURO DE SODIO 500ML, UNO EN SALA DE CURACION PARA LA LIMPIEZA DE ABRASIONES Y EL OTRO PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO EN SOLUCION. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	200.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

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	200.00	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTO SUMINISTRADO.

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:	2,206,860.00
VALOR GLOSADO :	795292.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	795292.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20306937	**No.**	199152	**Siniestro**	90755106	**No. Factura**	FEC163868		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	24/07/2024	**Fecha aviso**	26/07/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024	
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	812337790	**Vigencia**	19/07/2024	**hast**	18/07/2025
Id tomador	1075210972	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1083937116	**Nombre**	MAICOL JAVIER MORALES VARGAS						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S099					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	NO SE RECONOCE 21701 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	690,900	690,900	0
2	21201	TÓRAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	NO SE RECONOCE 1.21201 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITA//	100%, 100%, 100%	198,600	99,300	99,300
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
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	180,800	0	180,800
1	21141	COLUMNA DORSAL O TORÁXICA		100%	112,000	0	112,000
1	21142	COLUMNA LUMBOSACRA		100%	139,300	0	139,300
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	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	NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		16,260	200	16,060
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , ,	100%	31,100	4,892	26,208

1001	Cobrado	2,206,860
1002	Obj. Parcial	795,292
1003	Liquidado	1,411,568

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.

PACIENTE: 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER **EDAD:** 3

DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO **TELEFONO:** 3123668129

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64330 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.24 **Nº POLIZA:** 8123377900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	miércoles, 24 de julio de 2024					
14:40:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFVI	
14:40:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFVI	
14:40:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFVI	
14:40:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFVI	
14:40:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	4.00		DIA	MFVI	
14:40:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFVI	
14:40:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFVI	
14:40:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFVI	

TOTAL SUMINISTRADO: 12.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183622

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183622 **Fecha** 24/07/2024

Nombre Paciente: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER - 1083937116 **Edad:** 3 **Sexo:** M

Quien Realiza: ZGS- SALMA ZULUAGA GIRALDO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
5. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S300-CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
5. S202-CONTUSION DEL TORAX

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 ABRASION EN ZONA COSTAL IZQUIERDA Y HERIDA EN PIERNA DERECHA SE OBSERVAN 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

Salma Giraldo
QUIEN REALIZA

Anderson J Morales
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Jul-2024 16:35:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS
CONTRATO/PLAN
001 0 SOAT 50% DESC
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

TIPO CONTRATO
EVENTO
REGIMEN
OTRO REGIMEN
EDAD 3 Años
ESTRATO: 1 NIVEL I

ANEXO1
ANEXO2:
MUNICIPIO
PALERMO

VIA INGRESO URGENCIAS
MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
Fecha Ingreso: 2024.07.2 14:21
Fecha Egreso :
DIRECCION
VEREDA ALTO SAN
TELEFONO
3123668129

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.07.24	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ZGS	10.00
2024.07.24	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ZGS	10.00
2024.07.24	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ZGS	6.00
2024.07.24	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ZGS	1.00
2024.07.24	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ZGS	1.00

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:06:05 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163868

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5f7515b1a130b40c32fe98d9adcbea4e2cfa5f587b317b99db749c703996c3fa6c9eb2c5c00185a155d46474f2684814

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2206860

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-17 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
cff87abba424f96d0c6a2218e59d48e59f43ede69002823b99b2f78cb5d71fe4432b30cac6dea09b05223c14f4aebcc2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-17 11:51:35.000 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

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. FEC163868

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5f7515b1a130b40c32fe98d9adcbea4e2cfa5f587b317b99db749c703996c3fa6c9eb2c5c00185a155d46474f2684814

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

CUDE:
19b968c8a3a10cf3bda8027417532e35b20308e817a4c64851ff2456bedbf8867b1c5ac39eea985beb531301e503e820

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-17 02:35:06.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
cc752a81a10d7314b380871fddf8a5973923ee5385907f1a7f6968ff9e4e44e2f7b2faf401b0d06767b5c38bd0f55578

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:56:03.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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. FEC163868

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5f7515b1a130b40c32fe98d9adcbea4e2cfa5f587b317b99db749c703996c3fa6c9eb2c5c00185a155d46474f2684814

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
0f8b81057824092ce22c2190a373459562f9c11dc00bc4289853d29e2eead870e61e152c3db0ae4b8ab18f41d2fad016

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:56:13.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.09.17	14:31:37	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63869

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 183643,183649

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.24 - 14:21	2024.07.25 - 09:28

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: RC - 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER — EDAD : 4 Años

DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO PALERMO — TELEFONO: 3123668129

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
13560	REDUCCION CERRADA FRACTURA TIBIA Y PERONE	24-Jul-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jul-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	24-Jul-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	24-Jul-2024	39210	1		145.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,108,300	1,108,300
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	24-Jul-2024	39305	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	95,500	95,500
	2I+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	24-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	24-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	24-Jul-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	24-Jul-2024	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	323,300	323,300
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jul-2024	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	191,000	191,000
39119	GRUPO 08	24-Jul-2024	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	84,700	84,700
39210	GRUPO 08	24-Jul-2024	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	382,200	382,200
39303	GRUPOS 07 08 09	24-Jul-2024	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	346,900	346,900
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
248800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
	MASCARA LARINGEA # 1.5 KRAMER								1	78,130	78,130
361916	MASCARA FACIAL # 3								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
935100	VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP								2	6,500	13,000
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								5	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE 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: 202... 12... por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: 6ed56b423e968cc1c32bb0c0f0a84f8c3682d3e4002a89429d3f916dc0495afb1a2... 0b656e4a09ead124c

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!
7 de Octubre del 2024
20306929

33

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 ,2024.09.17	14:31:37	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63869

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 183643,183649
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.24 - 14:21 2024.07.25 - 09:26

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER EDAD : 4 Años
DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO PALERMO TELEFONO: 3123668129

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13560	REDUCCION CERRADA FRACTURA TIBIA Y PERONE	24-Jul-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jul-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	24-Jul-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	24-Jul-2024	39210	1		145.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,108,300	1,108,300
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	24-Jul-2024	39305	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	95,500	95,500
	2i+ #Via, =Cirug										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	24-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	24-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	216,800	216,800
39302	GRUPOS 04 05 06	24-Jul-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	24-Jul-2024	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	323,300	323,300
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	24-Jul-2024	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	191,000	191,000
39119	GRUPO 08	24-Jul-2024	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	84,700	84,700
39210	GRUPO 08	24-Jul-2024	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	382,200	382,200
39303	GRUPOS 07 08 09	24-Jul-2024	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	346,900	346,900
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
248800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
	MASCARA LARINGEA # 1.5 KRAMER								1	78,130	78,130
361916	MASCARA FACIAL # 3								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
935100	VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP								2	6,500	13,000
010102	GUANTE ESTERIL 8.0								5	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0

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

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

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

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

Cufe: 6ed56b423e968cc1c32bb0c0f0a84f8c3682d3e4002a89429d3f916dc0495aafb1a20703b5603f40b656e4a09cad124c

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

33

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 ,2024.09.17	14:31:37	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63869

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
	VENDA ALGODON 3X5								1	2,300	2,300
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								300	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								3	3,758	11,274
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
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.								300	0	0
19980774-01	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP								1	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								10	0	0
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								45	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								1	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								30	0	0
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.24	873121		FGR				1	90,400	90,400
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2024.07.24	870001		CLF				2	209,900	419,800
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.24	890202		FGR				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.24	890202		JHT				1	61,200	61,200
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2024.07.24	MERCUCROMO		LLR				1	0	0

VALOR BRUTO:	5,081,904	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	5,081,904

SON: CINCO MILLONES OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.17 02:32:26 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 REGLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

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

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

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

Cufe: 6ed56b423e968cc1c32bb0c0f0a84f8c3682d3c4002a89429d3f916dc0495aafb1a20703b5603f40b656e4a09ead124c

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:	63869
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,933,165
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,148,739
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 63869

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
MORALES	VARGAS

1er.Nombre	2do.Nombre
MAICOL	JAVIER

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

No. Documento: 1083937116

De: 41524 Fecha de Nacimiento: 06/09/2020 Sexo: F [X] M O

Direccion: VEREDA ALTO SAN PEDRO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123668129

Municipio: PALERMO Cod. 524

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

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

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]
Otros [ ] Cual?

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 4 N 16_01

Fecha Evento/Accidente: 24/07/2024 Hora: 09:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TERUEL Cod. 801 Zona: U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON, ES ARROLLADO POR MOTO CON PLACA TGX69E 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: AKT Placa: TGX69E

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 8123377900 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 19/07/2024 Hasta: 18/07/2025

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

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: VEREDA ALTO SAN PEDRO

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: PALERMO **Cod.** 524 **Telefono:** 3123668129 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
ORTIZ	RAMIREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
MEYER	ESTIVEN

Tipo de Documento: CC[X] CE AS MS PA RC TI PT PE SC CD DE — **No. Documento** 1075210972

Direccion: VEREDA ALTO SAN PEDRO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3123668129

Municipio: PALERMO **Cod.** 524

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: 24/07/2024 a las 12:09

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: LEWIS JONATHAN NATES BOLAÑOS **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 24/07/2024 a las 12:24

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: ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **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: 24/07/2024 **a las** 14:21

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Fecha de Egreso: 25/07/2024 **a las** 09:28

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

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**
ANGELICA	MARIA

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

Numero 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	5081904	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. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT: RC 1083937116 SEXO: MASCULINO DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO
FCHA.NACTO: 2020.09.06 EDAD: 3 A CIUDAD: PALERMO TEL: 3123668129
EST.CIVIL: SOLTERO RH:

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2024.07.24 HORA DE INGRESO: 14:21
SERVICIO DE EGRESO: 2-HOSPITALIZACION FECHA DE EGRESO: 2024.07.25 HORA DE EGRESO: 09:28
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
CONFIRMADO: S810 - HERIDA DE LA RODILLA
RELACIONADO1: S822 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA
RELACIONADO2: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.24-14:39:11 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON, ES ARROLLADO POR MOTO CON PLACA TGX69E Y SUFRE LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 02:20 PM EN COMPAÑIA DE PADRE DEL MENOR
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE TERUEL , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY 24/07/2024 OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, 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:
NO VOMITO NO TOS NO FIEBRE

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 75 FR: 17 TEMP: 36.5 TALLA: 90 PESO: 15 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. HEMATOMA SUBGALEAL EN REGION OCCIPITAL IZQUIERDO.
<<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 POSTERIOR.
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS.
<<GENITOURINARIO>>

31

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SIN LESIONES.
<<PELVIS>>
SIN LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO CON DOLOR EN REGION DE COLUMNA TORACOLUMBAR, EXTREMIDADES SIMETRICAS CON EDEMA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN CODO IZQUIERDO, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE. GLASGOW 15/15, CEFALEA INTENSA DE 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR.
<<PIEL>>
ABRASIONES EN CODO IZQUIERDO, ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN TORAX POSTERIOR Y EN REGION DE COLUMNA TORACOLUMBAR. HERIDA COMPLEJA EN RODILLA DERECHA CON PERDIDA DE SUSTANCIA DE 10 CM, ENCUENTRA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO CON BORDES EVERTIDOS E IRERGULARES, CON NECROSIS DE LOS BORDES.
<<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, NEUROCIRUGIA.
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA
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

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT: RC 1083937116 SEXO: MASCULINO DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO
FCHA.NACTO: 2020.09.06 EDAD: 3 A CIUDAD: PALERMO TEL: 3123668129
EST.CIVIL: SOLTERO RH:

HEMOGRAMA , PT Y TPT INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 250 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLITO DE 200 CC AHORA Y CONTINUAR A 20 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 15 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.24-15:57:26 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: 14:41 / 14:43 DURACION: 00:01

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 ABRASION EN ZONA COSTAL IZQUIERDA Y HERIDA EN PIERNA DERECHA SE OBSERVAN 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: 24.07.24-16:03:16 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 15:45 / 16:01 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES,

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.07.24-16:03:43 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
SE REALIZA INMOVILIZACION PROVISIONAL CON CARTONPLAST
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE:NO COLECCIONES, NO SANGRADOS, LINEA MEDIA CONSERVADA, NO DESVIACIONES, NO SIGNOS DE FRACTURA, HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL IZQUIERDO.

RADIOGRAFIA DE TORAX: NO SIGNOS DE HEMOTORAX, NI NUEMOTORAX, SILUETA CARDIACA EN APARIENCIA NORMAL, NO SIGNOS DE FRACTURA

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA: NO SIGNOS DE FRACTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA: NO ACUÑAMIENTOS, NO DESLIZAMIENTOS, NO SIGNOS DE FRACTURA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA: NO ACUÑAMIENTOS, NO DESLIZAMIENTOS, NO SIGNOS DE FRACTURA

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO : NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: FRACTURA DE TIBIA DISTAL EN TALLO VERDE?

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA : NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO : NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

PARACLINICOS: LEUCO: 10.96 NEUTRO: 73.9 LINF: 18.8HB: 13.6 HTO: 37.7 PLAQUETAS: 240.000
TP: 13.1 TPT: 27.5 INR: 0.94
DE BAJO RIESGO.

** 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 DERECHO CON CARTONPLAST, SIN COMPLICACIONES;
LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

*** FECHA: 24.07.24-18:12:26 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,
PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA.

*** FECHA: 24.07.24-18:12:27 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.24-18:12:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.24-18:34:28 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA DESBRIDAMEINTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA DERECHA MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA MAS DERMOABARSIONES

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 . ABARSION EN CARA PSOTERIOR 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 : CODO IZQ CON ABRASIONES EDEMA Y DOLOR . RODILLA DERECHA HERIDA CORTOCONTUSA CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PUNTOS DE AFRONTAMIENTO . PIERNA DERECHA EDEMA DEFORMIDAD Y DOLOR .
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. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX PIERNA DERECHA FRACTURA DE TERCIO MEDIO .

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMEINTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA DERECHA MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA MAS DERMOABARSIONES

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: OROTPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.24-18:34:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.24-18:34:48 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 Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA DERECHA MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA MAS DERMOABARSIONES

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 . ABARSION EN CARA PSOTERIOR 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 : CODO DERECHO ESCORIACION EDEMA Y DOLOR . RODILLA DERECHA HERIDA CORTOCONTUSA CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PUNTOS DE AFRONTAMIENTO. PIERNA DERECHA EDEMA DEFORMIDAD Y DOLOR .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DESBRIDAMEINTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA DERECHA MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA MAS DERMOABARSIONES

26

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT: RC 1083937116 SEXO: MASCULINO DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO
FCHA.NACTO: 2020.09.06 EDAD: 3 A CIUDAD: PALERMO TEL: 3123668129
EST.CIVIL: SOLTERO RH:

*** FECHA: 24.07.24-19:00:44 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA DESBRIDAMIENTO MAS SUTURA DE HERIDA EN RODILLA MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA MAS DERMOABRASION AREA GENERAL. SE ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 15 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: 24.07.24-19:40:12 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: 19:00 / 19:30 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS, MAS DEL 5% AREA CORPORAL VIA: 1 , MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REDUCCION CERRADA FRACTURA TIBIA Y PERONE VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 18864
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
EXTENDIENDO LA LESION PRE EXISTENTE A 12 CM EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA.

HALLAZGOS:
HERIDA CORTOCONTUSA DE +-10 CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA. FRACTURA DE TIBIA DERECHA CERRADA + ABRASIONES EN DORSO Y CODO IZQUIERDO CON

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

TATUAJE TRAUMATICO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO DEBRIDAMIENTO DE HERIDA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO HASTA PLANOS PROFUNDOS EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A 12CM. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO. ENSEGUIDA SE PRACTICO SUTURA LA HERIDA EN 2 PLANOS SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON . LUEGO SE PRACTICO REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DE LA TIBIA E INMOVILIZACION CON BOTA LARGA DE YESO. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. FINALMENTE SE PRACTICO DERMOBRASION EN DORSO Y CODO IZQUIERDO. CURACION RIFOCINA.
NO COMPLICACIONES
SANGRADO 120ML
ARCO EN C 2 DISPAROS.

*** FECHA: 24.07.24-19:41:30 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 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 250 MG IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 15 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.24-19:41:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.25-01:11:53 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
REMITIDO DE SALAS DE CX

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, TRANQUILO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 3 AÑOS REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE TERUEL QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24/07/2024 CON POSTERIOR TCE LEVE, FRACTURA DE TIBIA DISTAL DERECHA, HERIDA COMPLEJA EN RODILLA DERECHA, ABRASIONES MULTIPLES RAZON POR LA CUAL REQUIRIO MANEJO QX POR PARTE DE ORTOPEDIA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 90/60 FC: 90 FR: 20 TEMP: 36.5 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. HEMATOMA SUBGALEAL EN REGION OCCIPITAL IZQUIERDO.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN REGION POSTERIOR.
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS.
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES.
<<PELVIS>>
SIN LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN DOLOR, EXTREMIDADES CON MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO CERRADA, BUENA

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PERFUSION DISTAL, NO EDEMA, RESTO NORMAL. <<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE. GLASGOW 15/15, NO FOCALIZADO, REACTIVO
<<PIEL>>
ABRASIONES EN CODO IZQUIERDO, TORAX POSTERIOR Y EN REGION DE COLUMNA TORACOLUMBAR LIMPIAS, CURADAS. HERIDA EN RODILLA DERECHA CUBIERTA POR YESO CERRADO. <<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
INGRESO HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA DISTAL DERECHA (LEÑO VERDE)
2. HERIDA COMPLEJA EN RODILLA DERECHA
3. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDOS EN RODILLA DERECHA + SUTURA DE HERIDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA + DERMOABRASIONES EN AREA GENERAL (24/07/24)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

S: TRANQUILO, TOLERA VIA ORAL, TRANQUILO
O: TA/90/60; FC/90 XMIN FR/ 19 XMIN; T°/ 36.5 °C

C/C: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. HEMATOMA SUBGALEAL EN REGION OCCIPITAL IZQUIERDA,
C/P: TORAX ESTABLE, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS BIEN TRASMITIDOS SIN AGREGADOS, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN REGION POSTERIOR.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO CERRADA, BUENA PERFUSION DISTAL, NO EDEMA, RESTO NORMAL.
ABRASIONES EN CODO IZQUIERDO, TORAX POSTERIOR Y EN REGION DE COLUMNA TORACOLUMBAR LIMPIAS, CURADAS. HERIDA COMPLEJA DE RODILLA DERECHA SUTURADA Y CURADA, CUBIERTA CON APOSITOS Y FERULA DE YESO.

ANALISIS:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMANTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, POR EL CUAL SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

** CONDUCTA:
- ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.

72

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 15 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 20 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 250 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.07.25-06:27:29 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA DISTAL DERECHA (LEÑO VERDE)
2. HERIDA COMPLEJA EN RODILLA DERECHA
3. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDOS EN RODILLA DERECHA + SUTURA DE HERIDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA + DERMOABRASIONES EN AREA GENERAL (24/07/24)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

S: TRANQUILO, TOLERA VIA ORAL, TRANQUILO
O: TA/100/60; FC/80 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.5 °C

C/C: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. HEMATOMA SUBGALEAL EN REGION OCCIPITAL IZQUIERDA,
C/P: TORAX ESTABLE, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS BIEN TRASMITIDOS SIN AGREGADOS, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN REGION POSTERIOR.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

EXTREMIDADES: MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO CERRADA, BUENA PERFUSION DISTAL, NO EDEMA, RESTO NORMAL.
ABRASIONES EN CODO IZQUIERDO, TORAX POSTERIOR Y EN REGION DE COLUMNA TORACOLUMBAR LIMPIAS, CURADAS. HERIDA COMPLEJA DE RODILLA DERECHA SUTURADA Y CURADA, CUBIERTA CON APOSITOS Y FERULA DE YESO.

ANALISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

*** FECHA: 24.07.25-09:26:37 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HHQSPIT

** EVOLUCION:

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. FRACTURA DE TIBIA DISTAL DERECHA (LEÑO VERDE)
2. HERIDA COMPLEJA EN RODILLA DERECHA
3. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO PROFUNDOS EN RODILLA DERECHA + SUTURA DE HERIDA + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA + DERMOABRASIONES EN AREA GENERAL (24/07/24)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

S: EN COMPAÑIA DEL PADRE, TRANQUILO, TOLERA VIA ORAL, NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMAS.
O: TA/95/60; FC/76 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.6 °C

C/C: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. HEMATOMA SUBGALEAL EN REGION OCCIPITAL IZQUIERDA,
C/P: TORAX ESTABLE, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS BIEN TRASMITIDOS SIN AGREGADOS, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN REGION POSTERIOR.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO CERRADA, BUENA PERFUSION DISTAL, NO EDEMA, RESTO NORMAL.
ABRASIONES EN CODO IZQUIERDO, TORAX POSTERIOR Y EN REGION DE COLUMNA TORACOLUMBAR LIMPIAS, CURADAS. HERIDA COMPLEJA DE RODILLA DERECHA SUTURADA Y CURADA, CUBIERTA CON APOSITOS Y FERULA DE YESO.

ANALISIS

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.

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PLAN.

EGRESO
CITA CONTROL EN 15 DIAS.
FORMULA MEDICA AMBULATORIA.
RECOMENDACIONES SIGNOS Y SEÑALES DE ALARMA.
INCAPCIDAD.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RX DE PIERNA DERECHA POP: CON ADECUADA REDUCCION DE FOCO DE FRACTURAS.

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA MK 250MG/5 CC SUSPENSION ORAL
TOMAR 5 CC VO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.

ACETAMINOFEN MK 190MG /3CC JARABE
TOMAR 8 CC VO CADA 6 HORAS SI DOLOR O FIEBRE DUANTE 7 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 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 (325/30MG), 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. 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: 24.07.25-09:30:12 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

EPICRISIS No. 65343

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

PACIENTE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

DOC.IDENT:	RC 1083937116	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO		
FCHA.NACTO:	2020.09.06	EDAD:	3 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3123668129
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

.....> 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.

*** FECHA: 24.07.25-09:30:13 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.25-09:28:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2024.07.24 FIN: 2024.08.22

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO		
RELACIONADO 1: S822 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA		
RELACIONADO 2: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

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

Dr. Oscar Rodriguez Meneses
Medico Cirujano General
T.R. 1031151920
FUNC

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

18

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18864

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183643 Fecha 24/07/24

Nombre Paciente: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER 1083937116 Edad: 3 Sexo: M

Hora inicio 19:00 Hora fin: 19:30 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirùjano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S810-HERIDA DE LA RODILLA DERECHA	1. S810-HERIDA DE LA RODILLA DERECHA
2. S822-FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA DERECHA	2. S822-FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA DERECHA
3. T141-ABARSIONES MULTILES	3. T141-ABARSIONES MULTILES

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15103	DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS, MAS DEL 5% AREA	FGR	1 - 1i Interv 100%
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE	FGR	1 - 1i Interv 100%
13560	REDUCCION CERRADA FRACTURA TIBIA Y PERONE	FGR	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION:
EXTENDIENDO LA LESION PRE EXISTENTE A 12 CM EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA.

HALLAZGOS:
HERIDA CORTOCONTUSA DE +-10 CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA. FRACTURA DE TIBIA DERECHA CERRADA + ABRASIONES EN DORSO Y CODO IZQUIERDO CON TATUAJE TRAUMATICO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO DEBRIDAMIENTO DE HERIDA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO HASTA PLANOS PROFUNDOS EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A 12CM. SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO. ENSEGUIDA SE PRACTICO SUTURA LA HERIDA EN 2 PLANOS SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON . LUEGO SE PRACTICO REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DE LA TIBIA E INMOVILIZACION CON BOTA LARGA DE YESO. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. FINALMENTE SE PRACTICO DERMOBRASION EN DORSO Y CODO IZQUIERDO. CURACION RIFOCINA.
NO COMPLICACIONES
SANGRADO 120ML
ARCO EN C 2 DISPAROS.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX PIERNA DERECHA.

Intensificador de Imagen
SE USO ARCO EN C 2 DISPAROS EN PIERNA DERECHA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION.

Dr. Francisco H. Garcia Ramirez

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18864

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183643 Fecha 24/07/24

Nombre Paciente: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER 1083937116 Edad: 3 Sexo: M

Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX PIERNA DERECHA.
Intensificador de Imagen
SE USO ARCO EN C 2 DISPAROS EN PIERNA DERECHA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION.

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

CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083937116

ADMISION N_: 183643

NOMBRE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER **Num. Id-:** RC 1083937116
FECHA NACIMIENTO: 2020.09.06 **EDAD:** 3 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.07.24 **HORA DE INGRESO:** 18:34:28 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.24 18:34
DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO **CIUDAD:** PALERMO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123668129
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ANDERSON MORALES
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.24

<< REGISTRO: 18:34:28 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA DESBRIDAMEINTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA DERECHA MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA MAS DERMOABARSIONES

REVISION POR SISTEMA

NORMALES

ANTECEDENTES

--->><2024.07.24-14:39:11>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 183622
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><2024.07.24-18:57:11>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 183643

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE EL PAPA

OTROS: NEGATIVOS

--->><2024.07.25-01:11:53>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 183649
NIEGA

**** EXAMEN FISICO ****

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1083937116

ADMISION N_: 183643

NOMBRE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER **Num. Id-:** RC 1083937116
FECHA NACIMIENTO: 2020.09.06 **EDAD:** 3 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.07.24 **HORA DE INGRESO:** 18:34:28 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.24 18:34
DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO **CIUDAD:** PALERMO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123668129
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** ANDERSON MORALES
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES **TA:** 120/80 **FC:** 80 **FR:** 18 **Tmp:** 36.0 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX . ABARSION EN CARA PSOTERIOR 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 : CODO IZQ CON ABRASIONES EDEMA Y DOLOR . RODILLA DERECHA HERIDA CORTOCONTUSA CON ABUNDANTE TEJIDO NECROTICO Y PUNTOS DE AFRONTAMIENTO . PIERNA DERECHA EDEMA DEFORMIDAD Y DOLOR .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S810 HERIDA DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

ANALISIS/PLAN

PLAN
DESBRIDAMEINTO Y SUTURA DE HERIDA DE RODILLA DERECHA MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA MAS DERMOABARSIONES

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: OROTPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.24-18:34:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

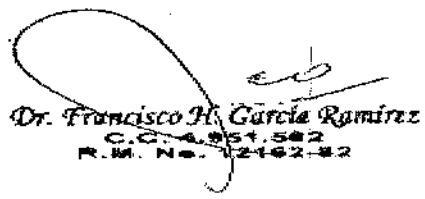
RX PIERNA DERECHA FRACTURA DE TERCIO MEDIO .

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2024.07.24 **HORA DE EGRESO:** 18:34:22 **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_ : 183643 - 10000

NOMBRE:	MORALES VARGAS MAICOL JAVIER		C.C. -TI-RC-OTRO	1083937116	
EDAD:	3 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2020.09.06	SEXO:	M
DIRECCION:	VEREDA ALTO SAN PEDRO			TELEFONO:	3123668129
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	ANDERSON MORALES			TELEFONO:	3123668129

FECHA: 2024.07.24

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA MAS REDUCCION CERRADA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.07.24-14:39:11>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 183622
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><<2024.07.24-18:57:11>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 183643

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE EL PAPA

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2024.07.25-01:11:53>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 183649
NIEGA

EXAMEN FISICO:

PA: 96/42 **FC:** 119 **FR:** 24 **PESO:** 15 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

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

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

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
HERIDA EN RODILLA DERECHA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS. FERULA DE CARTONPLAST EN PIERNA DERECHA POR FRACTURA DE TIBIA

OTROS:
ABRASIONES CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CON IMPACTACION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN REGION DORSAL

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 183643 - 10000

NOMBRE: MORALES VARGAS MAICOL JAVIER C.C. -TI-RC-OTRO 1083937116

EDAD: 3 A FECHA DE NACIMIENTO: 2020.09.06 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO TELEFONO: 3123668129

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ANDERSON MORALES TELEFONO: 3123668129

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

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

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

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T018
HERIDAS QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE REGIONES DEL CUERPO

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

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.07.24 **HORA:** 18:57:08

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
Morales	Vargas	Michael Javier	1908932116

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
24-6-21	3	M ☐	90	95	(1) 2 3 4 5 U

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.DIR.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fractura de radio distal D abierta

OPERACION PROPUESTA: Reducción + fijación + yeso

HISTORIA / DECUBITOS: ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

No No No Niega Cirugías Previas Dermatológicas

ESPECIFICO

FACILIDAD INT IOT SI NO / SI NO — VIA AEREA ✓ DIENTES ✓ CUELLO ✓

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Hb 13.2

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
✓	GENERAL

Monitoria estandar + tapa cuello + vía

ESTADO PSICOLOGO: ansioso

NECESITA SANGRE: No G.C. — PREMEDICACION: No — FIRMA:

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Cx

REPARACION E / A / C

42	180
40	170
38	160
36	150
34	140
32	130
30	120
28	110
26	100
	90
	80
	70
	60
	50
	40
	30
	20
	10

HORA: 9:00

	NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

OTRAS

HEMORRAGIA —

REFLEJOS ✓

MOTILIDAD ✓

RECUPERACION ✓

CONCIENCIA ✓

DIURESIS ✓

SENSIBILIDAD ✓

PIEL Rosada Caliente

COMENTARIOS: Ingresa usuario a sala de recuperación bajo efecto general sin complicaciones.

TOTALES

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

HORA SALIDA Y MOTIVO: 9:30 Mejoría

FIRMA:

10

C - REGISTRO DE ANESTESIA

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

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

ANESTESIOLOGOS CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

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

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I O T No ____ I N T No ____

E O T No ____ E N T No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM. ♂ a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7 10	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA

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

NEIVA,24-Jul-2024 16:27:5

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 14:21	
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	3 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**	
1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER	1 NIVEL I	PALERMO	VEREDA ALTO SAN	3123668129	

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.07.24	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LLR	1.00
2024.07.24	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA	LLR	1.00
2024.07.24	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	45.00
2024.07.24	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LLR	10.00
2024.07.24	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LLR	1.00
2024.07.24	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LLR	30.00
2024.07.24	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	LLR	1.00
2024.07.24	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LLR	1.00
2024.07.24	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2024.07.24	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	4.00
2024.07.24	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2024.07.24	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2024.07.24	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	LLR	1.00
2024.07.24	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2024.07.24	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2024.07.24	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2024.07.24	INT	MASCARA	MASCARA LARINGEA # 1.5 KRAMER	LLR	1.00
2024.07.24	KR	UNIDAD	MASCARA FACIAL # 3	LLR	1.00
2024.07.24	ZMD	MERCUCRO	MERCURIO CROMO X CC	LLR	1.00
2024.07.24	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	2.00
2024.07.24	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	4.00
2024.07.24	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	1.00
2024.07.24	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	5.00
2024.07.24	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LLR	5.00

PACIENTE: 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER **EDAD:** 3

DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO **TELEFONO:** 3123668129

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-64330 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.24 **N° POLIZA:** 8123377900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 25 de julio de 2024						
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	JERINGA X 5ML G-21--1-X-1/2	1.00		NOCHE	DANI	
08:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	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	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: 14.00

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.08.13
HORA:	08:26:59
PAGINA No:	1

Numero: 91697 Fecha Ex. 24/07/24 Hora 14:45
Nombre Paciente: 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER
Dirección: VEREDA ALTO SAN PEDRO Telefono: 3123668129 Edad: 3 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 observándose imagen de fractura del extremo distal de la tibia, con adecuada reducción 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
202407240024 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 24 MES 07 AÑO 2024 **Autorización:** x

No. de Historia Clínica RC1083937116

Sede ESE HOSPITAL SAN ROQUE Código 418010026101

Institución a la que se remite : Código 000000

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
MAICOL JAVIER	MORALES	VARGAS	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1083937116

Dirección TERUEL HUILA Teléfono 3123668129 Edad 3 Ano(s)

Municipio TERUEL Departamento Huila Urbano X Rural __

Lugar y Fecha de Nacimiento - 06/09/2020

Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○

Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso
D 24 M 07 A 2024

Fecha de Egreso
D 24 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 LEWIS JONATHAN NATES BOLAÑOS

Firma y Sello

DR. LEWIS J. NATES MEDICO Y CIRUJANO UNIVERSIDAD DEL CAUCA

C.C 1061705551

Registro Médico

// RÉMISION PARA VALORACION POR TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA /// CONTUSION DE RODILLA Y PIERNA SOSPECHA DE FRACTURA ?/// INGRES A PACIENTE CON LOS PADRES REFIERE QUE ACCIDENTALMENTE EL MENOR FUE ATROPELLADO POR UNA MOTICICLETA SUFRE CONTUSIONES MULTI PLES AREA POSTERIOR DE CABEZA CON HEMATOMA SUBGALEAL NO PERDIDA DE CONCIENCIA , NO EMESIS , SI DOLOR CONTUSION Y ESCORIACI ON ABRASIVA EN AREA COSTAL IZQUEIRDA , AREA DORSAL MEDIAL , CONTUSION A NIVEL DE RODILLA DERECHA CON HERIDA DE 2 CM Y ESCORI ACIONES , CONTUSION CON HEMATOMA AREA MEDIA DE PIERNA DERECHA CON DOLOR A LA MARCA , NO APOYA LA EXTREMIDAD , NO EMESI S, DIURESIS CLARA, NO OTROS MOTIVOS POR LOS CUALES INGRESA AL SERVICIO DATOS DEL ACCIDENTA FECHA Y HORA : 24/07/2024 HORA 9+30 AM PEATON LESIONADO LUGAR:CRA 4 # 16 - 01 BARRIO SAN JOSE TERUEL HUILA VEHICULO: MOTOCICLETA AKT PLACA TGX69E LINEA AK200TTR S OAT EUIDA SEGUROS VIGENTE PACIENTE QUIEN PRESENTA MULTIPLES CONUSIONES Y ESCORIACCIONES POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL SER ATR OPELLADO POR MOTOCICLETA, ENMARCANDO CONTUSIONES EN RODILLA Y PIERNA DERECHA NOSE DESCARTA DEFORMIDAD OSEA, SE INGRES A PARA MANEJO MEDICO INICIAL Y SE REMITE PARA TOMA DE RADIOGRAFIAS Y VAORACION POR ORTOPEDIA, SE EXPLICA A LOS FAMILIRAES DE L MENOR ENTIENDE Y ACEPTA PLAN ATENCION INICIAL DE URGENCIAS REMISION PARA VALORACION ESPECIALIZADA POR T.ORTOPEDIA LAVADO Y CURACION DE HERIDAS SUTURA DE HERIDAS VENDAJE DE RODILLA DERECHA ACETAMINOFEN DAR 10 CM V.O CONTROL DE SIGNOS E INFORM AR CAMBIOS

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 12:09 ; Hora 12 Minutos 09

Nombre de la persona que solicito la Remisión

LEWIS JONATHAN NATES BOLAÑOS.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 12:09 Hora 12 Minutos 09

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

X

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	S898
HERIDA DE LA RODILLA	S810
PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE NO ESPECIFICADO	V099

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

INGRESA PACIENTE CON LOS PADRES REFIERE QUE ACCIDENTALMENTE EL MENOR FUE AROPELLADO POR UNA MOTICICLETA SUFRE CONTUSIONES MULTIPLES AREA POSTERIOR DE CABEZA CON HEMATOMA SUBGALEAL NO PERDIDA DE CONCIENCIA , NO EMESIS , SI DOLOR CONTUSION Y ESCORIACION ABRASIVA EN AREA COSTAL IZQUEIRDA , AREA DORSAL MEDIAL , CONTUSION A NIVEL DE RODILLA DERECHA CON HERIDA DE 2 CM , ESCORIACION , AREA CONTUSA MEDIAL , CONTUSION CON HEMATOMA AREA MEDIA DE PIERNA CON DOLOR A LA MARCA , NO APOYA LA EXTREMIDAD , NO EMESIS, DIURESIS CLARA, NO OTROS MOTIVOS POR LOS CUALES INGRESA AL SERVICIO DATOS DEL ACCIDENTA FECHA Y HORA : 24/07/2024 HORA 9+30 AM PEATON LESIONADO LUGAR CRA 4 # 16 - 01 BARRIO SAN JOSE TERUEL HUILA VEHICULO: MOTOCICLETA AKT PLACA TGX69E LINEA AK200TTR SOAT EUIDA SEGUROS VIGENTE

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
90/60	124	36.30	20	75.0	15.00	

Hallazgos del Examen Físico

BUEN ESTADO GENERAL, NO FEBRIL **Cabeza:**Normal HEMAOMA SUB GALEAL OCCIPITAL IZQUIERDO NORMOCEFALO PINRL MUCOSAS HUMEDAS Y RODASA, ESCLERAS ANICTERICAS - **Cuello:**Normal CUELLO MOVIL NO DOLOROSO - **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 DIURESIS EXPONTANEA CLARA - **Extremidades:**Normal AREA CONTUSA EN RODILLA DERECHA CON HERIDA DE 2 CM SANGRANTE, CONTUSION MEDIA DE PIERNA DERECHA DOLOR INTENSO , MARCHA ANTALGICA CASI NO APOYA EL PIE - **Neurológico:**Normal CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW15/15 - **Nariz:**Normal NO ALTERACIONES - **Oidos:**Normal NO ALTERACIONES - **Boca:**Normal MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA - **Ojos:**Normal PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVOS A LA LUZ - **Piel:**Normal SIN LESIONES - **Ano:**Normal NO EVALUADO - **Osteomuscular:**Normal ESCORIACION ABRASIVA EN AREA COSTAL IZQUEIRDA Y AREA DORSAL MEDIAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	S898
HERIDA DE LA RODILLA	S810
PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE NO ESPECIFICADO	V099

Observaciones o Sugerencias

INGRESA PACIENTE CON LOS PADRES REFIERE QUE ACCIDENTALMENTE EL MENOR FUE ARROPELLADO POR UNA MOTICICLETA SUFRE CONTUSIONES MULTIPLES AREA POSTERIOR DE CABEZA CON HEMATOMA SUBGALEAL NO PERDIDA DE CONCIENCIA , NO EMESIS , SI DOLOR CONTUSION Y ESCORIACION ABRASIVA EN AREA COSTAL IZQUEIRDA , AREA DORSAL MEDIAL , CONTUSION A NIVEL DE RODILLA DERECHA CON HERIDA DE 2 CM , ESCORIACION , AREA CONTUSA MEDIAL , CONTUSION CON HEMATOMA AREA MEDIA DE PIERNA CON DOLOR A LA MARCA , NO APOYA LA EXTREMIDAD , NO EMESIS, DIURESIS CLARA, NO OTROS MOTIVOS POR LOS CUALES INGRESA AL SERVICIO DATOS DEL ACCIDENTA FECHA Y HORA : 24/07/2024 HORA 9+30 AM PEATON LESIONADO LUGAR CRA 4 # 16 - 01 BARRIO SAN JOSE TERUEL HUILA VEHICULO: MOTOCICLETA AKT PLACA TGX69E LINEA AK200TR SOAT EUIDA SEGUROS VIGENTE PACIENTE QUIEN PRESENTA MULTIPLES CONUSIONES Y ESCORIACCIONES POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL SER ATROPELLADO POR MOTOCICLETA, ENMARCANDO CONTUSIONES EN RODILLA Y PIERNA DERECHA NOSE DESCARTA DEFORMIDAD OSEA, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO INICIAL Y SE REMITE PARA TOMA DE RADIOGRAFIAS Y VAORACION POR ORTOPEDIA, SE EXPLICA A LOS FAMILIRAES DEL MENOR ENTIENDE Y ACEPTA PLAN ATENCION INICIAL DE URGENCIAS REMISION PARA VALORACION ESPECIALIZADA POR T.ORTOPEDIA LAVADO Y CURACION DE HERIDAS SUTURA DE HERIDAS VENDAJE DE RODILLA DERECHA ACETAMINOFEN DAR 10 CM V.O DICLOFENAC AMP APLICAR 1 ML IM DEXAMETASONA AMP 4 MG APLICAR I.M CONTROL DE SIGNOS E INFORMAR CAMBIOS

Impreso por:

CALDERON SALAZAR MARIA FERNANDA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

REGISTRADURÍA
NNEst

NUIP	1,083,937.116

REGISTRO CIVIL Indicativo 61161660
DE NACIMIENTO Serial

		Codigo	6	0	G

Dtes enl bscrita																	
MORALES.								VARGAS. bre									
MAICOL JAVIER.																	
Saxa (anletras) Grups sanguimac Fa Fecha de nacimiento																	
Ao	2	0	2	0		S	E	P	Dia	0	6	MASCULINO			POSITIVO		
COLOHBIA HULLA PITALITO.																	

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.	160224114.
VARGAS POLANIA LAURA PAOLA.	
T1 1,004,155.618.	COLOMBIA.
HORALES RODRIGUEZ ANDERSON JAVIER.	
CC 1,004.033,475.	COLOMBIA.

Apellidos y nombres completos HORALES RODRIGUEZ ANDERSON JAVIER	
Dectimnente de Identsticacion (Ctase y numero) CC 1,004,033.475.	Fire Anderser

Datos primer testigo	
Documento (Clase y numero)	

Datos segundo testigo	
Documento	

fecha de inscripcion	Nombre y firma del fuacionaria hutoria
	DANIEL AUCUSTO VARGAU STEKCING

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	1075210972
NOMBRES	MEYER ESTIVEN
APELLIDOS	ORTIZ 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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/08/2024 16:50:40	**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.

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:	TGX69E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10032307512	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK200TTR
MODELO:	2019	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	163FMLQQ416505
NÚMERO DE CHASIS:	9F2A1200XK5000366	NÚMERO DE VIN:	9F2A1200XK5000366
CILINDRAJE:	197	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	06/03/2018
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8123377900	18/07/2024	19/07/2024	18/07/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8111253900	26/05/2023	27/05/2023	26/05/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
15040600015960	17/05/2022	18/05/2022	17/05/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/11/2024

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-FEC1-63869 fechada el dia 24.09.17 cuyo paciente es MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

HISTORIA No. 1083937116

GLOSA No: ZGL-1-49031 **SINIESTRO:** 63869

Recibido! 21 de Noviembre del 2024 20314465

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	36374.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	36374.00	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS.

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 MEDICAMENTO ADMINISTRADO AL PACIENTE E INSUMOS UTILIZADOS. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000008-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	764365.00	

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	764365.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE FACTURA SEGUN DECRETO 2423/96 ART 55 PARAGRAFO 2. QUE CITA: EN LOS PROCEDIMIENTOS INCRUENTOS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 52 DE ESTE DECRETO POR CONCEPTO DE MATERIAL DE SUTURA Y CURACIÓN, DROGAS, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS, CUALES QUIERA SEA EL GRUPO EN EL QUE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/11/2024

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-FEC1-63869 fechada el dia 24.09.17 cuyo paciente es MORALES VARGAS MAICOL JAVIER

HISTORIA No. 1083937116

GLOSA No: ZGL-1-49031 **SINIESTRO:** 63869

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	36374.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	36374.00	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS.

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 MEDICAMENTO ADMINISTRADO AL PACIENTE E INSUMOS UTILIZADOS. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000008-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	764365.00	

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	764365.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE FACTURA SEGUN DECRETO 2423/96 ART 55 PARAGRAFO 2. QUE CITA: EN LOS PROCEDIMIENTOS INCRUENTOS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 52 DE ESTE DECRETO POR CONCEPTO DE MATERIAL DE SUTURA Y CURACIÓN, DROGAS, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS, CUALES QUIERA SEA EL GRUPO EN EL QUE

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:
ESTÉ CLASIFICADO, O SU TARIFA, CUANDO SE TRATE DE UN PROCEDIMIENTO DEL CAPÍTULO IV, SE RECONOCERÁ: EL CODIGO 39305. (CUANDO SE TRATE DE UN PROCEDIMIENTO DEL CAPITULO IV). POR TANTO, 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, 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: SO1-39139- 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.

>> ITEM GLOSADO 5: 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	209900.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	209900.00	

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. POR CONSIGUIENTE, 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	400.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	400.00	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTO SUMINISTRADO E INSUMOS

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 7: MAS-VENDA VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	13000.00	

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	13000.00	

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 Capitulo 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 8: ZMQ-VENDA VENDA ALGODON 3X5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	2300.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

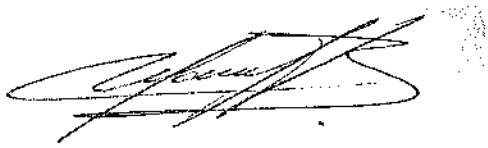
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	2300.00	

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:	5,081,904.00
VALOR GLOSADO :	1148739.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1148739.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20306939	**No.**	199152	**Siniestro**	90755106	**No. Factura**	FEC163869		
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	24/07/2024	**Fecha aviso**	26/07/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024		
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	812337790	**Vigencia**	19/07/2024	**hast**	18/07/2025
Id tomador	1075210972	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1083937116	**Nombre**	MAICOL JAVIER MORALES VARGAS						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S099					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	13560	REDUCCION CERRADA FRACTURA TIBIA Y PERONÉ		100%	431,100	0	431,100
2	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08		100%, 100%	445,600	0	445,600
5	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08		100%, 100%	197,700	0	197,700
2	39210	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 08	SE RECONOCE SALA DE REDUCCIÓN AL 45% Y MATERIALES CON EL CÓDIGO 39305 POR SER PROCEDIMIENTO INCRUENTO.	45%, 100%	1,490,500	764,365	726,135
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	95,500	0	95,500
1	15183	DERMOABRACION AREA GENERAL		100%	181,400	0	181,400
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05		100%	118,600	0	118,600
1	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 05		100%	215,800	0	215,800
1	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06		100%	132,400	0	132,400
1	15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MÁS DE TRES O UNA EXTENSA DE MÁS DE 10 CMS)		100%	323,300	0	323,300
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%	307,100	0	307,100
1	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	346,900	0	346,900
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	90,400	0	90,400
2	21602	PORTÁTILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIRÓFANOS)| AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	NO SE RECONOCE 1.21602 NO DA LUGAR A COBRO, SE RECONOCE UN FLUOROSCOPIO POR PROCEDIMIENTO.	100%	419,800	209,900	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	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA $400 EE. NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5)$13000		127,030	15,700	111,330

			NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5). $2300				
1	77701	MEDICAMENTOS	EE. NO SE RECONOCE CLORURO 100 $11274 POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN. NO SE RECONOCE JERINGAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO. , , EE. NO SE RECONOCE DICLOFENACO $2500 POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN. NO SE RECONOCE JERINGAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO. , EE. CEFAZOLINA $22600 POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN. NO SE RECONOCE JERINGAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO.	100%	36,374	36,374	0

1001	Cobrado	5,081,904
1002	Obj. Parcial	1,148,739
1003	Liquidado	3,933,165

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: 1083937116 MORALES VARGAS MAICOL JAVIER **EDAD:** 3

DIRECCION: VEREDA ALTO SAN PEDRO **TELEFONO:** 3123668129

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64330 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.24 **Nº POLIZA:** 8123377900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	jueves, 25 de julio de 2024					
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	JERINGA X 5ML G-21-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
08:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HACI	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HACI	
08:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HACI	
08:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HACI	

TOTAL SUMINISTRADO: 14.00

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:06:25 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163869

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6ed56b423e968cc1c32bb0c0f0a84f8c3682d3e4002a89429d3f916dc0495aafb1a20703b5603f40b656e4a09ead124c

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
5081904

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-17 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
76e1625321c35b6e36cd355e13d34d1773ca107f677da591870495ae06e489ae87164c6a9006021bc69ea48452fa0c71

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-17 02:32:26.000 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. FEC163869

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6ed56b423e968cc1c32bb0c0f0a84f8c3682d3e4002a89429d3f916dc0495aafb1a20703b5603f40b656e4a09ead124c

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

CUDE:
72ec7261ed6ae5ca6f584902a85ef9ff18d03d593a889f87991b31691fd07e6951049842684f67a732244ab17b090649

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-17 02:35:19.000 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:
d812fd70444b92224ee7b3530a793851d1b0d9ae08edb87438dbefefeb4cfb79e5c61a65758c4c40f9db4d451fba9919

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:55:35.000 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. FEC163869

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
6ed56b423e968cc1c32bb0c0f0a84f8c3682d3e4002a89429d3f916dc0495aafb1a20703b5603f40b656e4a09ead124c

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7f26ec49c666d2800ee5cc97ee58b4d78dcb64156af1ad86947f09247a30be0fd55f224143182c2cd2b4d2a3a3649879

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:55:52.000 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

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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.17	14:40:31	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63874

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 182273,182294

CONTRATO/PLAN			REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02	SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.06.30 - 16:19	2024.06.30 - 23:38

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA EDAD : 24 Años

DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE NEIVA TELEFONO: 3136201009

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								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
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								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
19932764-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
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
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	2024.06.30	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.30	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.30	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.30	873206		KSC				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.30	873121		KSC				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.30	873121		KSC				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.30	873121		KSC				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.30	873121		KSC				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.06.30	879111		KSC				1	690,900	690,900
21712	TORAX	2024.06.30	879301		KSC				1	719,200	719,200
LABORATORIOS											

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... por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-0005595 Has... 1-00080000 AUTORIZA...

Cufe: 942cea857a53c81bb260c57feb05ee88689625e52941f4c6dc4595e1fc762960ed70493588...2ffdf335d747c3flaaf

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!
7 de Octubre del 2024
20306944

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 ,2024.09.17	14:40:31	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63874

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 182273,182294
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.06.30 - 16:19 2024.06.30 - 23:38

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA EDAD : 24 Años
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE NEIVA TELEFONO: 3136201009
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								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
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								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								3	3,758	11,274
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
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	2024.06.30	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.30	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.30	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.30	873206		KSC				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.30	873121		KSC				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.30	873121		KSC				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.30	873121		KSC				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.30	873121		KSC				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.06.30	879111		KSC				1	690,900	690,900
21712	TORAX	2024.06.30	879301		KSC				1	719,200	719,200
LABORATORIOS											

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: 942cca857a53c81bb260c57feb05ee88689625e5294ff4c6dc4595c1fc762960ed70403580c0a7ffdf335d747c3f1aaf

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 ,2024.09.17	14:40:31	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63874

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.30	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.06.30	903841						1	20,700	20,700
19627	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.30	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.30	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.06.30	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.30	890701		KSC				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.30	S22101		CLO				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	2,734,845	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,734,845

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.17 02:41:15 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774.667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

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

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

Cufe: 942cea857a53c81bb260c57feb05ee88689625e5294if4c6dc4595e1fc762960ed70403580c0a7ffdf335d747c3f1aaf

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:	63874
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,300,087
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,434,758
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

235

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

CUT

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- 63874

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
CORTES	VILLOTA

1er.Nombre	2do.Nombre
ANYI	PAOLA

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE **No. Documento:** 1193032330

De: 41006 **Fecha de Nacimiento:** 20/01/2000 **Sexo:** F[X] M O

Direccion: ASENT. DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3136201009

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: CARRERA 17 CON CALLE 55

Fecha Evento/Accidente: 29/06/2024 **Hora:** 23:40

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 GQR70F, COLISIONADA POR UN VEHICULO TIPO TAXI QUE HUYE DEL SITIO 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:** GQR70F

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 8120434700 **Cobro excedente Poliza** Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 23/01/2024 **Hasta:** 22/01/2025

236

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
VILLOTA	ORDOÑEZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ROSA	MARIA

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — **No. Documento** 40780239

Direccion: ASENT DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3136201009 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CORTES	VILLOTA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ANYI	PAOLA

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — **No. Documento** 1193032330

Direccion: ASENT DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3136201009

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: 30/06/2024 a las 16:19

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

T119 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S298 OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS

Fecha de Egreso: 30/06/2024 a las 23:38

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

T119 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO

Diagnostico relacionado de Egreso

S298 OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
CANCHILA	GUZM
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
KHATERINNE	SARAY

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — **No. Documento** 1067921024

N·mero de Registro de Medico 1067921024

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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2734845	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. 64930

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.30 — HORA DE INGRESO: 16:19
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.06.30 — HORA DE EGRESO: 19:43
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: 24.06.30-17:04:43 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA GQR70F, COLISIONADA POR UN VEHICULO TIPO TAXI QUE HUYE DEL SITIO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 16+30-
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 29/06/2024- , 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

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/87 FC: 98 FR: 15 TEMP: 36.7 TALLA: 165 PESO: 56 IMC: 21 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. DOLOR EN MACIZO FACIAL
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, DOLOROSO A LA PALPACION, DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, 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>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>

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

EPICRISIS No. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, LIMITACION FUNCIONAL Y DOLOR A NIVEL DE HOMBRO Y BRAZO DERECHO, DOLOR Y LIMITACION FUCIOAL EN CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN RODILLA, PIERNA TOBILLO Y PIE IZQUIERDO CON EDEMA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15---- CEFALEA INTENSA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR,.
<<PIEL>>
SE EVIDENCIA ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN CODO, MUSLO, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS ASI COMO TAMBIEN EN MANO, MUSLO Y RODILLA DERECHA.
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
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 SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE TORAX

** PLAN DE MANEJO:
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
- 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

20

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

EPICRISIS No. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- VALORACION POR ORTOPEDIA, CX PLASTICA, CX GENERAL
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

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

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50MG CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2GR IV CADA 8 H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.06.30-17:16:39 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: 17:04 / 17:06 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN -CODO IZQUIERDA +DORSO DE LA MANO DERRECHA+MUSLOS BILATERLES+RODILLA IZQUEIRDA +DOROS DEL 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, SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 24.06.30-17:32:59 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE SOLICITA HEMOGRAMA, GLUCOSA, TP, TPT.,
SE SOLICITA HEMOGRAMA
GLUCOSA
TP TPT

*** FECHA: 24.06.30-18:33:44 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. 64930

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CODO IZQ Y PIERNA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: CODO IZQ ESCORIACION EDEMA Y DOLOR EN CARA PSOTERIOR . BUENA MOVILIDAD . PIERNA IZQ ABRASION PROFUNDA TATUADA EN CARA LATERAL TOBILLO IZQ ABRASION LATRERAL . BUENA MOVILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES Y ABRASIONES
PLAN: MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA .

*** FECHA: 24.06.30-18:36:25 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO:NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA::NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO:NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

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

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.30-19:43:41 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. TIENE PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

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

EPICRISIS No. 64930

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.30-19:43:42 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

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

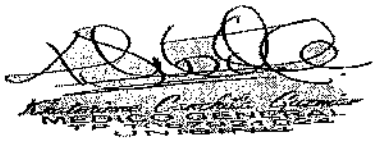
** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.30-19:43:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T119 - TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO		

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



DR@. KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM
REG. MED: 1067921024

27

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

EPICRISIS No. 64940

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2024.06.30	HORA DE INGRESO: 21:43
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2024.06.30	HORA DE EGRESO: 23:38
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: T119 - TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S298 - OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS
RELACIONADO2: T139 - TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.30-23:29:39 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 29/06/2024, ES VALORADA EN LA INSTITUCION CON HALLAZGOS DESCRITOS, FUE LLEVADA A SALAS DE CIRUGIA PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA SIN COMPLICACIONES, RETORNA AL SERVICIO PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/87 FC: 98 FR: 15 TEMP: 36.7 TALLA: 160 PESO: 56 IMC: 22 SATO2: 99 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, LEVE DOLOR A PALPACION DE TORAX
<<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>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON MEJORIA DE DOLOR EN CODO Y PIERNA IZQUIERDA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADS Y

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

EPICRISIS No. 64940

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NEUROVASCULAR NORMAL.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDAS Y ABRASIONES LIMPIAS Y CURADAS
<<FANERAS>>
SIN LESIONES

** EVOLUCION:
PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, AHORA EN PÓP INMEDIATO, DE MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA EN OBSERVACION PARA SEGUIMIENTO Y VALORACIONES PENDIENTES POR CIRUGIA GENERAL, SE CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA, YA VALORADO POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA, 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.

PLAN:
- 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 SEGUN ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA.
- MANTENER EXTREMIDADES EN ALTO.
- PENDIENTE VALORACIÓN POR CIRUGIA GENERAL.
- PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75MG IV CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50MG CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCION, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2GR IV CADA 8 H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 64940

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.06.30-23:33:02 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: 12310, NEU: 72.3, LIN: 20.5, HGB: 14.7, HCTO: 42, PLAQ: 221000

GLICEMIA: 90

TP: 14.5, TTP: 33.5, INR: 1.1

HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS EN CONTEXTO DE TRAUMA, GLICEMIA NORMAL, TIEMPOS DE COAGULACION EN LA NORMALIDAD

*** FECHA: 24.06.30-23:35:10 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
SE ATIENDE PACIENTE QUIEN TIENE PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, REFIERE QUE NO DESEA SER VALORADA POR EL ESPECIALISTA POR TENER UNA HIJA MENOR SOLA EN CASA A QUIEN DEBE CUIDAR, SE LE EXPLICA QUE AL NO PERMITIR EL LA VALORACION E IR EN CONTRA DE LAS RECOMENDACIONES MEDICAS SE HACE RESPONSABLE POR CUALQUIER COMPLICACION O DAÑO QUE PUEDA PRESENTAR A SU SALUD. LA PACIENTE ENTIENDEN Y ACEPTAN. SE FIRMA FORMATO DE DESESTIMIENTO INFORMADO EN FISICO PARA CONSTANCIA.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.30-23:38:49 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE DE TRANSITO + CONTUSIONES Y ABRASIONES

ACTUALMENTE HEMODINAMICAMNETE ESTABLE CON SIGNOS VITALES EN METAS, CON MODULACION DEL DOLOR Y MOVILIDAD DE ARTICULACIONES, EL CUAL SE REPORTA RADIOGRAFIAS SIN LESIONES OSEAS, VALORADA POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA QUIEN DECIDE DAR EGRESO CON MANEJO AMBULATORIO Y ANALGESICO, CON CONTROL AMBULATORIO Y SIGNOS DE ALARMA, TENIA PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL PERO PACIENTE FIRMO DISENTIMIENTO INFORMADO, POR LO QUE SE INDICA EGRESO, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y EL PROCEDER, QUIEN REFIERE ENTEDER Y ACEPTAR

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON ORTOPEDIA. DR GARCIA

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

EPICRISIS No. 64940

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES GENERALES
-TOMAR MEDICAMENTOS COMO SE DESCRIBE EN ORDEN MEDICA
-MANTENER EXTREMIDADES Y ZONAS AFECTADAS EN REPOSO.
-COLOCAR HIELO O FRIO EN ZONAS AFECTADAS PARA CONTROLAR INFLAMACION.
-GUARDAR REPOSO ABSOLUTO DURANTE EL TIEMPO DICTAMINADO DE INCAPACIDAD

SIGNOS DE ALARMA
ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA CUALQUIERDA DE LOS SIGUIENTES:
-FIEBRE >38° - CEFALEA INTENSA - MAREO PERSISTENTE
-CALOR LOCAL INTENSO EN ZONAS AFECTADAS
-DOLOR INTENSO NO TOLERABLE EN ZONAS AFECTADAS
-MALESTAR GENERAL INTENSO CON DECAIMIENTO Y DEBILIDAD MARCADA
-SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, MAL OLOR, MAL ASPECTO Y DOLOR DE HERIDAS
-DIFICULTAD RESPIRATORIA O DOLOR TORACICO
-PERDIDA DE CONCIENCIA O CONVULSIONES
-SE DAN FOLLETOS Y PREVIA RECOMENDACIONES.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: ACETAMINOFEN TAB 500 MG VO CADA 6H # 20
, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: IBUPROFENO TAB 400 MG VO CADA 8H #20
, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL
CEFALEXINA 500 MG , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: CEFALEXINA TAB 500 MG VO CADA 6H #24, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.30-23:38:41 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. 64940

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

CONFIRMADO: T119 - TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO
RELACIONADO 1: S298 - OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS
RELACIONADO 2: T139 - TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO

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

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.693
R.M. No. 24182-93

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182273

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182273 **Fecha** 2024/06/30

Nombre Paciente: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA - 1193032330 **Edad:** 24 **Sexo:** F

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. T119-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
3. S298-OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS
4. T139-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
6. T016-HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(E

Diagn¾sticos Definitivos:

1. T119-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
3. S298-OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS
4. T139-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
6. T016-HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(E

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 -CODO IZQUIERDA +DORSO DE LA MANO DERRECHA+MUSLOS BILATERLES+RODILLA IZQUEIRDA +DOROS DEL 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, 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,26-Jul-2024 15:54:2

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:** 2024.06.3	16:19
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	24 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA	1 NIVEL I		NEIVA	ASENT. DOLCEY	3136201009

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.30	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.06.30	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.06.30	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.06.30	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.06.30	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00

PACIENTE: 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA **EDAD:** 24

DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE **TELEFONO:** 3136201009

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63946 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.29 **Nº POLIZA:** 8120434700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 30 de junio de 2024						
17:05:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	HAC1	
17:05:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	HAC1	
17:05:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		DIA	HAC1	
17:05:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	HAC1	
17:05:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HAC1	
17:05:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA No. Identif. 1193032330 Edad. 24

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.06.30

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	ACETAMINOFEN TAB 500 MG VO CADA 6H # 20
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	IBUPROFENO TAB 400 MG VO CADA 8H #20
* CEFALEXINA 500 MG	**Cant.:** 24.00	CEFALEXINA TAB 500 MG VO CADA 6H #24

Dr. Horacio Ordoñez S.
Médico - USCO
R. M. 1075271438

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

Anyi Cortes

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -212805

FECHA EMISION: 2024.06.30
HORA: 23:39:54
PAGINA No: 1

USUARIO: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA
FECHA DE PEDIDO: 2024/06/30
DOC.IDENT: CC 1193032330 **CAMA:** -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. HORACIO ORDOÑEZ SALGADO

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

Anyi Cortes

Recibido Paciente

MARIA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406300015

CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

202406300015

Documento	: CC1193032330	Género	: Femenino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2000-06-30	Edad	: 24 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-06-30 07:23:26 pm F. Impreso : 2024-06-30 07:36:13 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	12.31	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.74	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	14.7	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	42.0	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	88.7	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	30.9	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.9	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	221	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	72.3	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	20.5	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	7.0	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	0.20	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	8.90	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.53	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.85	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.03	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	9.5	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	41.3	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.2	%	11.5 - 14.5
PDW	15.9		
PCT	0.210	%	

Validado por: Maria Salcedo
BACTERIOLOGA

Firma Digital: MARIA SALCEDO

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.	90.0	mg/dl	74.0 - 106.0

Validado por: Maria Salcedo
BACTERIOLOGA

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406300015

CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

202406300015

Documento	: CC1193032330	**Género**	: Femenino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2000-06-30	**Edad**	: 24 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-06-30 07:23:28 pm	**F. Impreso** : 2024-06-30 07:38:13 pm

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: María Salcedo
BACTERIOLOGA

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	14.50	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	33.50	seg	22.00 - 38.00
INR.	1.10		

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: María Salcedo
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

14

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: 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	$ 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:

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	13.738.430,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	13.738.430,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0,00
Total Impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	13.738.430,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 13.738.430,00

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

12

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	ID	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

202406300010	CLINICA DE FRACTURAS	1016040158	LUIS	HERNAN	FITATA	ARIAS	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406300010	CLINICA DE FRACTURAS	1016040158	LUIS	HERNAN	FITATA	ARIAS	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300010	CLINICA DE FRACTURAS	1016040158	LUIS	HERNAN	FITATA	ARIAS	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JONATHAN ALEJANDRO HERRERA MERCHAN										
202406300011	CLINICA DE FRACTURAS	1075313862	JONATHAN	ALEJANDRO	HERRERA	MERCHAN	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406300011	CLINICA DE FRACTURAS	1075313862	JONATHAN	ALEJANDRO	HERRERA	MERCHAN	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300011	CLINICA DE FRACTURAS	1075313862	JONATHAN	ALEJANDRO	HERRERA	MERCHAN	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
JESUS DAVID AVILES PASTRANA										
202406300013	CLINICA DE FRACTURAS	1077731170	JESUS	DAVID	AVILES	PASTRANA	TI	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406300013	CLINICA DE FRACTURAS	1077731170	JESUS	DAVID	AVILES	PASTRANA	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300013	CLINICA DE FRACTURAS	1077731170	JESUS	DAVID	AVILES	PASTRANA	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
GLORIA YANETH GONZALEZ MURILLO										
202406300014	CLINICA DE FRACTURAS	36065385	GLORIA	YANETH	GONZALEZ	MURILLO	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406300014	CLINICA DE FRACTURAS	36065385	GLORIA	YANETH	GONZALEZ	MURILLO	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406300014	CLINICA DE FRACTURAS	36065385	GLORIA	YANETH	GONZALEZ	MURILLO	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300014	CLINICA DE FRACTURAS	36065385	GLORIA	YANETH	GONZALEZ	MURILLO	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
ANYI PAOLA CORTES VILLOTA										
202406300015	CLINICA DE FRACTURAS	1193032330	ANYI	PAOLA	CORTES	VILLOTA	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406300015	CLINICA DE FRACTURAS	1193032330	ANYI	PAOLA	CORTES	VILLOTA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406300015	CLINICA DE FRACTURAS	1193032330	ANYI	PAOLA	CORTES	VILLOTA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406300015	CLINICA DE FRACTURAS	1193032330	ANYI	PAOLA	CORTES	VILLOTA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
YESICCA ANDREA LADINO ORTEGON										

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	***$ 15,264,900***
									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:	17:48:24
PAGINA No:	1

Numero: 91003 Fecha Ex. 30/06/24 Hora 17:41
Nombre Paciente: 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA
Dirección: ASENT. DOLCEY ANDRADE Telefono: 3136201009 Edad: 24 A Sexo: F
Medico: KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se 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.
Hay presencia de cavum del septum pellucido en línea media.
Presencia de artefacto hiperdenso focal nodular hacia la parte central del hemisferio cerebral izquierdo.

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el tórax en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el opércuto 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:	24.07.31
HORA:	17:48:38
PAGINA No:	1

Numero: 91004 Fecha Ex. 30/06/24 Hora 15:48
Nombre Paciente: 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA
Dirección: ASENT. DOLCEY ANDRADE Telefono:3136201009 Edad:24 A Sexo: F
Medico: KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

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

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay moderado edema de los tejidos blandos del pie.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de 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.

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:	17:48:38
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:	24.07.31
HORA:	17:48:53
PAGINA No:	1

Numero: 91005 Fecha Ex. 30/06/24 Hora 15:49
Nombre Paciente: 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA
Dirección: ASENT. DOLCEY ANDRADE Telefono: 3136201009 Edad: 24 A Sexo: F
Medico: KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

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 BRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

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

FIRMA

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

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

Neiva, 30 JUNIO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo ANYI PAOLA CORTES VILLOTA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1193032330, 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 30/06/2024 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Anyi Cortes

Firma
Nombre: ANYI PAOLA CORTES VILLOTA
c.c. 1193032330

Acudiente o Representante

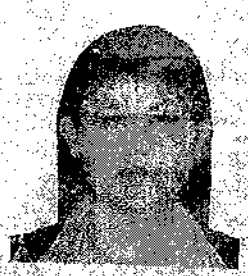
HUELLA

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
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.032.330
CORTES VILLOTA
APELLIDOS
ANYI PAOLA
NOMBRES



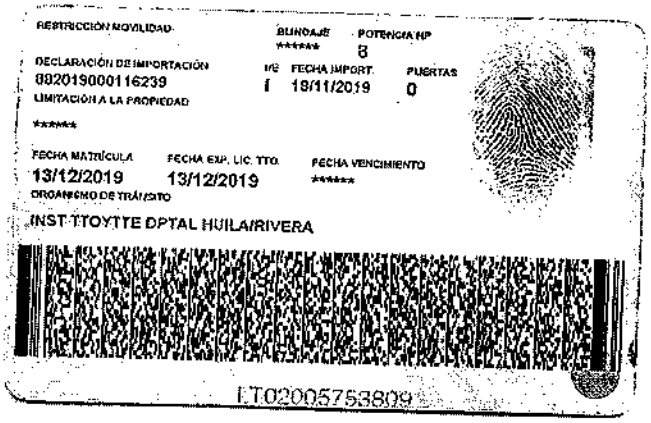
Anyi Paola Cortez villota
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10019851141

PLACA: GQR70F	MARCA: HONDA	LÍNEA: WAVE 110S	MODELO: 2020
CILINDRADA CC: 109	COLOR: NEGRO		SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD KG/PAS: 2
NÚMERO DE MOTOR: JA37E3914337	REG: N	VIN: 9FMJA3728LF002973	
NÚMERO DE SERIE	REG: N	NÚMERO DE CHASIS: 9FMJA3728LF002973	REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
VILLOTA ORDOÑEZ ROSA MARIA
IDENTIFICACIÓN
C.C. 40780239

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-2000
ACEVEDO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
O+ G.S RH
F SEXO
26-ENE-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GUEVARA VACCA
INDICE DERECHO
P-1900100-0110417B-F-1193092330-20191018 0008358870A 1 9910584109



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE ******
POTENCIA HP 8
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
892019000116239
M/I FECHA IMPORT. 18/11/2019
PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA 13/12/2019
FECHA EXP. LIC. TTO. 13/12/2019
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT0200575380

RUNT Transporte

Realizar otra consulta

Consulta Automotores

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:	GQR70F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10019851141	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	WAVE 110S
MODELO:	2020	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	JA37E3914337
NÚMERO DE CHASIS:	9FMJA3728LF002973	NÚMERO DE VIN:	9FMJA3728LF002973
CILINDRAJE:	109	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	13/12/2019
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8120434700	22/01/2024	23/01/2024	22/01/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8100348600	20/01/2023	21/01/2023	20/01/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
82717032	13/01/2022	14/01/2022	13/01/2023	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE
4069704800	25/12/2020	26/12/2020	25/12/2021	120	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
14623500017880	11/12/2019	12/12/2019	11/12/2020	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/11/2024

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-FEC1-63874 fechada el dia 24.09.17 cuyo paciente es CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

HISTORIA No. 1193032330

GLOSA No: ZGL-1-49030 **SINIESTRO:** 63874

Recibido! 21 de Noviembre del 2024 20314466

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19490- GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	20700.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- 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 LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA REALIZACION DEL EXAMEN GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS), SE SOLICITE ANTES DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA EVALUAR Y CONTROLAR LOS NIVELES DE AZÚCAR EN SANGRE DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, CON EL FIN DE EVITAR COMPLICACIONES TALES COMO (HIPOGLUCEMIA O HIPERGLUCEMIA, REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES, MEJORAR LA CICATRIZACIÓN Y COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS) ES FUNDAMENTAL PARA OPTIMIZAR LA RESPUETA INMUNITARIA, REDUCIR EL ESTRÉS METABOLICO, DEBIDO A QUE TANTO LOS NIVELES BAJOS COMO ALTOS DE GLUCOSA PUEDEN COMPLICAR EL PROCEDIMIENTO Y LA RECUPERACIÓN. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	690900.00	

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: 18/11/2024

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-FEC1-63874 fechada el dia 24.09.17 cuyo paciente es CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

HISTORIA No. 1193032330

GLOSA No: ZGL-1-49030 **SINIESTRO:** 63874

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19490- GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	20700.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

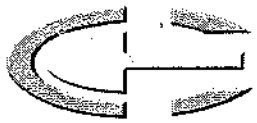
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	20700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA REALIZACION DEL EXAMEN GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS), SE SOLICITE ANTES DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA EVALUAR Y CONTROLAR LOS NIVELES DE AZÚCAR EN SANGRE DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, CON EL FIN DE EVITAR COMPLICACIONES TALES COMO (HIPOGLUCEMIA O HIPERGLUCEMIA, REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES, MEJORAR LA CICATRIZACIÓN Y COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS) ES FUNDAMENTAL PARA OPTIMIZAR LA RESPUETA INMUNITARIA, REDUCIR EL ESTRÉS METABOLICO, DEBIDO A QUE TANTO LOS NIVELES BAJOS COMO ALTOS DE GLUCOSA PUEDEN COMPLICAR EL PROCEDIMIENTO Y LA RECUPERACIÓN. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	690900.00	

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	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. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> 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 EN TORAX DOLOROSO A LA PALPACION, DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL CON ALTERACION DE MECANICA RESPIRATORIA. 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. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 4: 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	3758.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	3758.00	SALA DE CURACION E INSUMOS

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 LIMPIO Y DESCUBIERTA EL AREA AFECTADA. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 5: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	200.00	

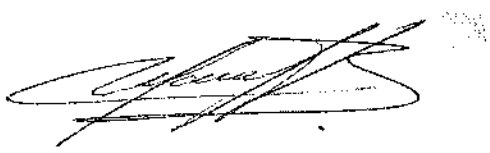
JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	200.00	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS.

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.
POR LO TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,734,845.00
VALOR GLOSADO :	1434758.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1434758.00
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.	20306944	**No.**	202137	**Siniestro**	90763242	**No. Factura**	FEC163874
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	29/06/2024	**Fecha aviso**	07/10/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	812043470	**Vigencia**	23/01/2024 **hast** 22/01/2025
Id tomador	40780239	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	1193032330	**Nombre**	ANYI PAOLA CORTES VILLOTA				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	NO SE RECONOCE 21701 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS	100%	690,900	690,900	0
1	21712	TÓRAX	NO SE RECONOCE 21712 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER ESTUDIADAS CON RX.	100%	719,200	719,200	0
4	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	278,800	0	278,800
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO Ó MAS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
4	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	361,600	0	361,600
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 19490 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITA	100%	20,700	20,700	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	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.		16,200	200	16,000
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN. , , , , , ,	100%	90,145	3,758	86,387

1001	**Cobrado**	**2,734,845**
1002	**Obj. Parcial**	**1,434,758**
1003	**Liquidado**	**1,300,087**

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.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182273

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182273 **Fecha** 2024/06/30

Nombre Paciente: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA - 1193032330 **Edad:** 24 **Sexo:** F

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. T119-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
3. S298-OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS
4. T139-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
6. T016-HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(E

Diagn¾sticos Definitivos:

1. T119-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
3. S298-OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS
4. T139-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
6. T016-HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(E

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 -CODO IZQUIERDA +DORSO DE LA MANO DERRECHA+MUSLOS BILATERLES+RODILLA IZQUEIRDA +DOROS DEL 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, 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,26-Jul-2024 15:54:2

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: 2024.06.3 16:19
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 24 Años Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA 1 NIVEL I NEIVA ASENT. DOLCEY 3136201009

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.30	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.06.30	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.06.30	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.06.30	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.06.30	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00

PACIENTE: 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA **EDAD:** 24

DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE **TELEFONO:** 3136201009

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63946 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.29 **Nº POLIZA:** 8120434700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 30 de junio de 2024					
17:05:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	HAC1	
17:05:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	HAC1	
17:05:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	HAC1	
17:05:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		DIA	HAC1	
17:05:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	HAC1	
17:05:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	HAC1	
17:05:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	HAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00

19

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:07:40 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163874

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
942cea857a53c81bb260c57feb05ee88689625e52941f4c6dc45
95e1fc762960ed70403580c0a7ffdf335d747c3f1aaf

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2734845

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-17 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
7e72dc7e2d52e55a7530deadbbffa47559775624e0c865a5ea4
73c2d751114b2320cbab64aaf7428f39beedd43c428a3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-17 02:41:14.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

DIAN

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. FEC163874

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
942cea857a53c81bb260c57feb05ee88689625e52941f4c6dc45
95e1fc762960ed70403580c0a7ffdf335d747c3f1aaf

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

CUDE:
fdb04ed4f7ab87c1dc382ac784d9885fc016a7bf548dc825fbdf09
52ee0b6ed9388b16a58f579b733c37ad2cd79037a5

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-17 02:56:08.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
7787831d597b292f181147b396189756b5bd52943736a7a5fc6
784bbadd1f5747ef8125cf7efe08dc5937b530522f1ea

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:54:32.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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. FEC163874

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
942cea857a53c81bb260c57feb05ee88689625e52941f4c6dc45
95e1fc762960ed70403580c0a7ffdf335d747c3f1aaf

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7b72a6590b86fe95d8221bea9fd8ddf2b13f63f260ff3f47391028b
6ae8e246e948f5d220b6387953742659fee972bcf

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:54:42.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.09.17	14:41:14	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63875

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 182284

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.06.30 - 16:19	2024.06.30 - 20:42

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA EDAD : 24 Años

DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE NEIVA TELEFONO: 3136201009

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	30-Jun-2024	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	241,900	241,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Jun-2024	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	158,100	158,100
39207	GRUPO 05	30-Jun-2024	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	431,600	431,600
39302	GRUPOS 04 05 06	30-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								3	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								8	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								8	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								120	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								120	0	0
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								35	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								20	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.30	890202				HAP		1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.30	890202				JHT		1	61,200	61,200
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2024.06.30	MERCUCROMO				ECF		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

Recibido!
7 de Octubre del 2024

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: e562d12b7c4fced0f41eec207ecfc55b48dbcdc58acef7d1e73a3d9b07625d4188cf6d70542deefe8b192539a4db5d70

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 2936946[illegible] - 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 ,2024.09.17	14:41:14	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63875

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 182284
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.06.30 - 16:19 2024.06.30 - 20:42

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA EDAD : 24 Años
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE NEIVA TELEFONO: 3136201009
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	30-Jun-2024	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	241,900	241,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	30-Jun-2024	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	158,100	158,100
39207	GRUPO 05	30-Jun-2024	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	431,600	431,600
39302	GRUPOS 04 05 06	30-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								3	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
906606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								8	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								8	0	0
MEDICAMENTOS											
19927267-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								120	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								120	0	0
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								35	0	0
19976402-01	SEVORANE 250 ML								20	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.30	890202				HAP		1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.30	890202				JHT		1	61,200	61,200
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2024.06.30	MERCUCROMO				ECF		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: e562d12b7c1fced0f41eec207ecfc55b48dbcdc58acef7d1e73a3d9b07625d4188cf6d705424eefe8b192539a4db5d70

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

22

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.17	14:41:14	2024.10.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63875

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

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 2024.09.17 02:41:53 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

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

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

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

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

Cufe: e562d12b7c4fced0f41eec207ecfc55b48dbcdc58acef7d1e73a3d9b07625d4188cf6d705424eefe8b192539a4db5d70

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

12

FACTURA:	63875
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	
.	

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- 63875

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
CORTES	VILLOTA

1er.Nombre	2do.Nombre
ANYI	PAOLA

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

No. Documento: 1193032330

De: 41006 Fecha de Nacimiento: 20/01/2000 Sexo: F [X] M O

Direccion: ASENT. DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3136201009

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 17 CON CALLE 55

Fecha Evento/Accidente: 29/06/2024 Hora: 23:40

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 GQR70F, COLISIONADA POR UN VEHICULO TIPO TAXI QUE HUYE DEL SITIO 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: GQR70F

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 8120434700 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 23/01/2024 Hasta: 22/01/2025

52

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

VILLOTA	ORDOÑEZ
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
ROSA	MARIA
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — **No. Documento** 40780239

Direccion: ASENT DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3136201009 **Total Folios:** 0

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

CORTES	VILLOTA
1er.Apellido	2do.Apellido
ANYI	PAOLA
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — **No. Documento** 1193032330

Direccion: ASENT DOLCEY ANDRADE

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3136201009

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: 30/06/2024 **a las** 16:19

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

T119 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S298 OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS

Fecha de Egreso: 30/06/2024 **a las** 20:42

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

T119 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO

Diagnostico relacionado de Egreso

S298 OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS

CANCHILA	GUZM
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
KHATERINNE	SARAY
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — **No. Documento** 1067921024

N·mero de Registro de Medico 1067921024

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	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

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

EPICRISIS No. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.30 — HORA DE INGRESO: 16:19
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.06.30 — HORA DE EGRESO: 20:42
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: 24.06.30-17:04:43 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA GQR70F, COLISIONADA POR UN VEHICULO TIPO TAXI QUE HUYE DEL SITIO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 16+30-
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 29/06/2024- , 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

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/87 FC: 98 FR: 15 TEMP: 36.7 TALLA: 165 PESO: 56 IMC: 21 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. DOLOR EN MACIZO FACIAL
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, DOLOROSO A LA PALPACION, DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL, 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>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>

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

EPICRISIS No. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, LIMITACION FUNCIONAL Y DOLOR A NIVEL DE HOMBRO Y BRAZO DERECHO, DOLOR Y LIMITACION FUCIOAL EN CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN RODILLA, PIERNA TOBILLO Y PIE IZQUIERDO CON EDEMA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15---- CEFALEA INTENSA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR,.
<<PIEL>>
SE EVIDENCIA ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN CODO, MUSLO, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS ASI COMO TAMBIEN EN MANO, MUSLO Y RODILLA DERECHA.
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
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 SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE TORAX

** PLAN DE MANEJO:
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
- 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

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

EPICRISIS No. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- VALORACION POR ORTOPEDIA, CX PLASTICA, CX GENERAL
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

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

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50MG CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2GR IV CADA 8 H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 24.06.30-17:16:39 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: 17:04 / 17:06 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN -CODO IZQUIERDA +DORSO DE LA MANO DERRECHA+MUSLOS BILATERLES+RODILLA IZQUEIRDA +DOROS DEL 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, SIN COMPLICACION ALGUNA.

FECHA: 24.06.30-17:32:59 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE SOLICITA HEMOGRAMA, GLUCOSA, TP, TPT.,
SE SOLICITA HEMOGRAMA
GLUCOSA
TP TPT

FECHA: 24.06.30-18:33:44 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. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CODO IZQ Y PIERNA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: CODO IZQ ESCORIACION EDEMA Y DOLOR EN CARA PSOTERIOR . BUENA MOVILIDAD . PIERNA IZQ ABRASION PROFUNDA TATUADA EN CARA LATERAL TOBILLO IZQ ABRASION LATRERAL . BUENA MOVILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES Y ABRASIONES
PLAN: MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA .

*** FECHA: 24.06.30-18:36:25 MEDICO: / (DR(A). KSC - KHATERINNE SARAY CANCHILA GUZM - C.C. 1067921024 - REG. MEDICO: 1067921024 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO:NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA::NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO:NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

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

*** FECHA: 24.06.30-19:43:41 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.
TIENE PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

*** FECHA: 24.06.30-19:43:42 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. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.30-19:43:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.30-20:36:28 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: 110/80 FC: 68 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO, MUSLO, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS ASI COMO TAMBIEN A NIVEL DE MANO, MUSLO Y RODILLA DERECHA.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 20:15 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 20:15 PM

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.30-20:20:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

91

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

EPICRISIS No. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.30-20:36:58 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: 110/80 FC: 68 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO, MUSLO, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS ASI COMO TAMBIEN A NIVEL DE MANO, MUSLO Y RODILLA DERECHA.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 20:15 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 20:15 PM

*** FECHA: 24.06.30-20:39:25 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: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
INSTRUMENTADOR(A): DANIELA PEÑA

HORA INICIAL/FINAL: 20:20 / 20:40 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

EPICRISIS No. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 18650
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
EXTREMIDADES:
1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO, MUSLO, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS ASI COMO TAMBIEN A NIVEL DE MANO, MUSLO Y RODILLA DERECHA.

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: 24.06.30-20:46:03 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE INDICA ALTA POR CIRUGIA PLASTICA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR CIRUGIA GENERAL

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR CIRUGIA GENERAL
ALTA POR CIRUGIA PLASTICA

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

EPICRISIS No. 64930

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA
RECOMENDACIONES
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

ACETAMINOFEN 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 6 HORAS

NAPROXENO 250 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

RECOMENDACIONES:
BAÑO NORMAL CON AGUA Y JABON
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: Remitido a Observación SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.30-20:42:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

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

EPICRISIS No. 64930

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

PACIENTE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

DOC.IDENT:	CC 1193032330	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE		
FCHA.NACTO:	2000.01.20	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3136201009
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

CONFIRMADO: T119 - TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO

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

Dr. Harol Alberto Perdomo Díaz
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

DR@. HAROL ALBERTO PERDOMO
REG. MED: 7708263

21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18650

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182284 Fecha 30/06/24

Nombre Paciente: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA 1193032330 Edad: 24 Sexo: F

Hora inicio 20:20 Hora fin: 20:40 Duraci¾n: 00:20 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HAP- HAROL ALBERTO PERDOMO Ayudante: OAR- OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion DANIELA PEÑA

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	Via
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HAP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:
EXTREMIDADES:
1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO, MUSLO, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS ASI COMO TAMBIEN A NIVEL DE MANO, MUSLO Y RODILLA DERECHA.

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:
NO
Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n
NO
Rayos X Intraoperatorios
NO
Intensificador de Imagen
NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugia 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

1193032330

ADMISION N_: 182284

NOMBRE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA **Num. Id-:** CC 1193032330
FECHA NACIMIENTO: 2000.01.20 **EDAD:** 24 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.30 **HORA DE INGRESO:** 20:36:28 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.30 20:36
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3136201009
OCUPACION: 390 OTRO PERSONAL ADMINISTRATIVO Y **RESPONSABLE:** ROSA MARIA VILLOTA
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.06.30

<< REGISTRO: 20:36:28 >> (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

--><<2024.06.30-19:54:45>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 182284

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2024.06.30-20:36:28>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 182284
NO REFIERE

--><<2024.06.30-23:29:39>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL) H.U. 182294
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

** EXAMEN FISICO **

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1193032330

ADMISION N_: 182284

NOMBRE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA **Num. Id-:** CC 1193032330
FECHA NACIMIENTO: 2000.01.20 **EDAD:** 24 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.06.30 **HORA DE INGRESO:** 20:36:28 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.30 20:36
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3136201009
OCUPACION: 390 OTRO PERSONAL ADMINISTRATIVO Y **RESPONSABLE:** ROSA MARIA VILLOTA
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES TA: 110/80 **FC:** 68 **FR:** 16 **Tmp:** 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CODO, MUSLO, RODILLA, PIERNA Y PIE IZQUIERDOS ASI COMO TAMBIEN A NIVEL DE MANO, MUSLO Y RODILLA DERECHA.
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: 20:15 PM

ANALISIS/PLAN

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 20:15 PM

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.30-20:20:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2024.06.30 **HORA DE EGRESO:** 20:20:00 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

Dr. HAROL ALBERTO PERDOMO
Registro Medico: 7708263

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 182284 - 1

NOMBRE:	CORTES VILLOTA ANYI PAOLA		C.C. -TI-RC-OTRO	1193032330	
EDAD:	24 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2000.01.20	SEXO:	F
DIRECCION:	ASENT. DOLCEY ANDRADE			TELEFONO:	3136201009
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	ROSA MARIA VILLOTA			TELEFONO:	3102542010

FECHA: 2024.06.30

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.06.30-19:54:45>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 182284

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2024.06.30-20:36:28>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 182284

NO REFIERE

--->><<2024.06.30-23:29:39>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 182294

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

EXAMEN FISICO:

PA: 121/65 **FC:** 87 **FR:** 22 **PESO:** 53 **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 CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CONTAMINADAS CON TIERRA Y PIEDRAS EN BRAZOS, ANTEBRAZO IZQUIERDO, MUSLOS Y PIERNA IZQUIERDA

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 182284 - 1

NOMBRE: CORTES VILLOTA ANYI PAOLA C.C. -TI-RC-OTRO 1193032330
EDAD: 24 A FECHA DE NACIMIENTO: 2000.01.20 SEXO: F
DIRECCION: ASENT. DOLCEY ANDRADE TELEFONO: 3136201009
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: ROSA MARIA VILLOTA TELEFONO: 3102542010

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:** 2024.06.30 **HORA:** 18:20:34

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA: RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Villada	Angie Paola	119BC32330

FECHA (Dia Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Dias)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
30 6 24	24	HEB MX	149	53K	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
C			

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: Apendicitis aguda

OPERACION PROPUESTA Apendicectomia abierta

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

Niega. Niega. Niega

ESPECIFICO

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

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: NL

RESUMEN Y PLAN: NPO — cirugia de urgencia — analgesia y pso

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
X	GENERAL

		NECESITA SANGRE	NO c.c.
		PREMEDICACION	NO

ESTADO PSICOLOGO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Dorsal

REPARACION: E / A / C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION: Lenta

CONCIENCIA: Somnolienta

DIURESIS: +

SENSIBILIDAD: +

PIEL: Mucosas Hidratadas

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: Ingresa paciente a la unidad de recuperacion Vigilada en Camilla Consciente orientada

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejorias

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES: 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM ____ a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL ____ C.C. ____ C.C.

TOTALES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,26-Jul-2024 15:59:0

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:** 2024.06.3 16:19
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 24 Años **Fecha Egreso :**
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1193032330 CORTES VILLOTA ANYI PAOLA 1 NIVEL I NEIVA ASENT. DOLCEY 3136201009

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.30	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	ECF	1.00
2024.06.30	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	ECF	1.00
2024.06.30	ZMD	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	ECF	35.00
2024.06.30	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	ECF	3.00
2024.06.30	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	ECF	20.00
2024.06.30	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	ECF	10.00
2024.06.30	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	ECF	2.00
2024.06.30	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	ECF	2.00
2024.06.30	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ECF	2.00
2024.06.30	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	ECF	2.00
2024.06.30	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	ECF	3.00
2024.06.30	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ECF	120.00
2024.06.30	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ECF	120.00
2024.06.30	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	ECF	2.00
2024.06.30	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	ECF	2.00
2024.06.30	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	ECF	1.00
2024.06.30	ZMD	MERCUCRO	MERCURIO CROMO X CC	ECF	10.00
2024.06.30	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTERILES ULTRAMED	ECF	8.00
2024.06.30	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ECF	3.00
2024.06.30	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	ECF	2.00
2024.06.30	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	ECF	8.00

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.032.330
CORTES VILLOTA
APELLIDOS
ANYI PAOLA
NOMBRES

Anyi Paola Cortes Villota
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10019851141

PLACA: GQR70F	MARCA: HONDA	LÍNEA: WAVE 110S	MODELO: 2020
CILINDRADA CC: 109	COLOR: NEGRO		SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ: 2
NÚMERO DE MOTOR: JA37E3914337	REG: N	VIN: 9FMJA3728LF002973	
NÚMERO DE SERIE:	REG: N	NÚMERO DE CHASIS: 9FMJA3728LF002973	REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): VILLOTA ORDOÑEZ ROSA MARIA
IDENTIFICACIÓN: C.C. 40760239

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-2000
ACEVEDO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
O+ G.S RH
F SEXO
26-ENE-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JULIO CARLOS GUZMÁN VACCA
INDICE DERECHO
P-1900100-01104178-F-1193032330 20191018 0068350870A 1 9910594109

RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE ******
POTENCIA HP 3
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882019000116239
I/E I
FECHA IMPORT. 18/11/2019
PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA 13/12/2019
FECHA EXP. LIC. TTO. 13/12/2019
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT02005753809

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:	GQR70F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10019851141	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	WAVE 110S
MODELO:	2020	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	JA37E3914337
NÚMERO DE CHASIS:	9FMJA3728LF002973	NÚMERO DE VIN:	9FMJA3728LF002973
CILINDRAJE:	109	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	13/12/2019
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

(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
8120434760	22/01/2024	23/01/2024	22/01/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8100348660	20/01/2023	21/01/2023	20/01/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
82717032	13/01/2022	14/01/2022	13/01/2023	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE
4069704800	25/12/2020	26/12/2020	25/12/2021	120	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
14623500017880	11/12/2019	12/12/2019	11/12/2020	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-63875 fechada el dia 24.09.17 cuyo paciente es CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

HISTORIA No. 1193032330

GLOSA No: ZGL-1-48963 **SINIESTRO:** 63875

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313266

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: 13/11/2024

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-FEC1-63875 fechada el dia 24.09.17 cuyo paciente es CORTES VILLOTA ANYI PAOLA

HISTORIA No. 1193032330

GLOSA No: ZGL-1-48963 **SINIESTRO:** 63875

>> 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

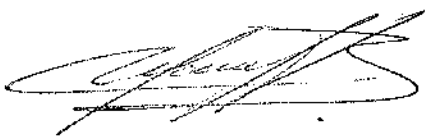
- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

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.	20306946	**No.**	202137	**Siniestro**	90763242	**No. Factura**	FEC163875		
Amparo	1 Gastos médicos		**Fecha siniestro**	29/06/2024	**Fecha aviso**	07/10/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024	
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	812043470	**Vigencia**	23/01/2024	**hast**	22/01/2025
Id tomador	40780239	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1193032330	**Nombre**	ANYI PAOLA CORTES VILLOTA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S298					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
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	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			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:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

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

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:08:09 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163875

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
e562d12b7c4fced0f41eec207ecfc55b48dbcdc58acef7d1e73a3d9b07625d4188cf6d705424eefe8b192539a4db5d70

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.
2024-10-17 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
88b30f91f9461ebeca5f4324af52976bbe9ea824b1e12125590ab57069d208439f157c90e660bf6d4ee6071aff0e6647

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-17 02:41:53.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

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. FEC163875

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
e562d12b7c4fced0f41eec207ecfc55b48dbcdc58acef7d1e73a3d9b07625d4188cf6d705424eefe8b192539a4db5d70

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

CUDE:
691a102db5a6a1e1554332ad205f09ea57aaf009346e8ba82e73126dcf55b7b66c0251502ff32d89be94bc1ed43430a7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-17 02:49:17.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
49b2d0beb7c9b2cfa8909ebe19f5e5acbf31071dac7e4eda9cca78ea7cc3c4ce401cb6bd3fcaff8af777b9e267cc8cc8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:54:53.000 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

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:08:09 AM
Página: 3

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163875

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
e562d12b7c4fced0f41eec207ecfc55b48dbcdc58acef7d1e73a3d9b07625d4188cf6d705424eefe8b192539a4db5d70

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
c06fa5b70fea92ba8950b22f3f40687bdb6921079e99344bffc5fd751251b2136211f94628c5b2648d752e0bb40d016e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:55:03.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.09.18	11:21:56	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63915

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 174289
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.02.04 - 01:15 2024.02.04 - 02:12

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075322225 BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON EDAD : 24 Años
DIRECCION: CALLE 2 N 24-41 NEIVA TELEFONO: 3121961068
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								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
	GUANTE EXAMEN TALLA M								1	0	0
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								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	933	22,400
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.04	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.04	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.04	873206		APG				1	69,700	69,700
21712	TORAX	2024.02.04	879301		APG				1	719,200	719,200
21715	ABDOMEN TOTAL	2024.02.04	879420		APG				1	946,500	946,500
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.02.04	890701		APG				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.02.04	S22101		CLO				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	2,034,892	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,034,892

SON: DOS MILLONES TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.18 11:22:34 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: 2022-12-07 por una vigencia de: 12 Meses

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

Recibido! 7 de Octubre del 2024

Cufe: 3f858385eed54a5466820fc75e88b4dbcd643e9605f9e04a16ce6ef2d0e54[illegible]a17a4a22ac613f9d4ac5f7d83ced3574aa

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93386947 - 0

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

19

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.18	11:21:56	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63915

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 174269
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.02.04 - 01:15 2024.02.04 - 02:12

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075322225 BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON EDAD : 24 Años
DIRECCION: CALLE 2 N 24-41 NEIVA TELEFONO: 3121961068
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								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
	GUANTE EXAMEN TALLA M								1	0	0
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
19908869-04	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	933	22,400
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.04	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.04	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.04	873206		APG				1	69,700	69,700
21712	TORAX	2024.02.04	879301		APG				1	719,200	719,200
21715	ABDOMEN TOTAL	2024.02.04	879420		APG				1	946,500	946,500
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.02.04	890701		APG				1	61,400	61,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.02.04	S22101		CLO				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	2,034,892	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,034,892

SON: DOS MILLONES TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.18 11:22:34 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: 3f858385cod54a5466820fc75e88b4dbcd643e9605f9e04a16ce6ef2d0e545a17a4a22ac613f9d4ac5f7d83ced3574aa

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

19

FACTURA:	63915
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 369,192
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,665,700
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 63915

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
BRAVO	MARROQUIN

1er.Nombre	2do.Nombre
JHONATAN	STIVENSON

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

No. Documento: 1075322225

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 06/12/1999 Sexo: F [X]M O

Direccion: CALLE 2 N 24-41

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3121961068

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 1 CON CALLE 11

Fecha Evento/Accidente: 04/02/2024 Hora: 00:51

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 ZNA17F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO CUANDO SE LE ESTALLA LLANTA TRASERA POR HUECO 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: VICTORY Placa: ZNA17F

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 8119450700 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 22/11/2023 Hasta: 21/11/2024

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
MARROQUIN	SUAREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
OLGA	BEATRIZ

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 55167845

Direccion: CALLE 2 N 24 41

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3121961068 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
BRAVO	MARROQUIN
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JHONATAN	STIVENSON

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1075322225

Direccion: CALLE 2 N 24 41

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3121961068

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: 04/02/2024 **a las** 01:15

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico relacionado de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Fecha de Egreso: 04/02/2024 **a las** 02:12

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico relacionado de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

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**
PRADA	GOMEZ

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	2034892	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. 62344

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

PACIENTE: BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON

DOC.IDENT:	CC 1075322225	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 2 N 24-41		
FCHA.NACTO:	1999.12.06	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3121961068
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.02.04 — HORA DE INGRESO: 01:15
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.02.04 — HORA DE EGRESO: 02:12
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO1: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.02.04-01:29:14 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 ZNA17F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO CUANDO SE LE ESTALLA LLANTA TRASERA POR HUECO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 01:15 AM
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:
NINGUNO. NO FIEBRE, NO VOMITO.

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/65 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36.1 TALLA: 172 PESO: 65 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, DOLOROSO A LA PALPACION, PRESENTA DISNEA SUBJETIVA, DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, CON DOLOR SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

18

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

EPICRISIS No. 62344

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON

DOC.IDENT:	CC 1075322225	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 2 N 24-41		
FCHA.NACTO:	1999.12.06	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3121961068
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN CODOS BILATERAL Y MANO DERECHA. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTORO SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASIONES EN CODOS Y MANO DERECHA CON CONTAMINACION.

** 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.
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE TORAX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR IM AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.02.04-01:39:19 MEDICO: / (AUXIL. CLO - CARMEN LIGIA OLAYA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 01:29 / 01:31 DURACION: 00:01

17

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

EPICRISIS No. 62344

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

PACIENTE: BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON

DOC.IDENT:	CC 1075322225	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 2 N 24-41		
FCHA.NACTO:	1999.12.06	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3121961068
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

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 -AMBOS CODOS+ R ODILLA DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 24.02.04-02:11:54 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - 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 PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADOS.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADOS.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADOS.

TAC DE ABDOMEN SIMPLE: NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

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

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

** 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.

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

EPICRISIS No. 62344

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

PACIENTE: BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON

DOC.IDENT:	CC 1075322225	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 2 N 24-41		
FCHA.NACTO:	1999.12.06	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3121961068
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

-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 PARA 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 TIEMPOINDICADO 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:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EL DIA LUNES CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CAD 8 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

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

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.02.04-02:13:11 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.04-02:12:19 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

15

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

EPICRISIS No. 62344

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON

DOC.IDENT:	CC 1075322225	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 2 N 24-41		
FCHA.NACTO:	1999.12.06	EDAD:	24 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3121961068
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S202 - CONTUSION DEL TORAX		
RELACIONADO 1: S500 - CONTUSION DEL CODO		
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@. ANGELICA MARIA PRADA
GOMEZ
REG. MED: 55302763

1A

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 174289

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -174289 **Fecha** 2024/02/4

Nombre Paciente: BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON - 1075322225 **Edad:** 24 **Sexo:** M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
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 -AMBOS CODOS+ R ODILLA DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

Carmen Ligia

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 7-Feb-2024 16:14:0

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:** 2024.02.0	01:15
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	24 Años		**Fecha Egreso** :	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1075322225 BRAVO MARROQUIN JHONATAN	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 2 N 24-41	3121961068

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.02.04	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	10.00
2024.02.04	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	10.00
2024.02.04	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	6.00
2024.02.04	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	1.00
2024.02.04	ZMQ	GUANT M	GUANTE EXAMEN TALLA M	CLO	1.00

PACIENTE: 1075322225 BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON **EDAD:** 24

DIRECCION: CALLE 2 N 24-41 **TELEFONO:** 3121961068

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-61535 **FECHA SINIESTRO:** 2024.02.03 **Nº POLIZA:** 8119450700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 4 de febrero de 2024						
01:30:00	DICLOFENACO 75MG/3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	VACI	
01:30:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VACI	
01:30:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON No. Identif. 1075322225 Edad. 24

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.02.04

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 30.00	TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR UNA CAD 8 HORAS.
* CEFALEXINA 500 MG	**Cant.:** 24.00	1 CADA 6 HORAS POR 6 DIAS

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -203278

FECHA EMISION: 2024.02.04
HORA: 02:12:39
PAGINA No: 1

USUARIO: BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON
DOC.IDENT: CC 1075322225 CAMA:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2024/02/4
ORIGEN:
MEDICO: Dr. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	LAS CAJA TABL	CEFALEXINA 500 MG	24.00

TOTAL CANTIDAD: 74.00

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.02.07
HORA:	16:14:15
PAGINA No:	1

Numero: 86928 Fecha Ex. 04/02/24 Hora 16:08
Nombre Paciente: 1075322225 BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON
Dirección: CALLE 2 N 24-41 Telefono: 3121961068 Edad: 24 A Sexo: M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CODO 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 CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE 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 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.

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:

8

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.02.07
HORA:	16:14:15
PAGINA No:	2

Numero: 86928 Fecha Ex. 04/02/24 Hora 08:33
Nombre Paciente: 1075322225 BRAVO MARROQUIN JHONATAN STIVENSON
Dirección: CALLE 2 N 24-41 Telefono:3121961068 Edad:24 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

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 líquido libre en cavidad peritoneal.

FIRMA _____

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

CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-65 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 04/03/2024

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

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

Yo Jhoulan Shuenyon Bravo identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075333225, 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 04/03/2024 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.322.225

BRAVO MARROQUIN

APELLIDOS

JHONATAN STIVENSON

NOMBRES

FIRMA

Jhonatan Bravo

Powered by CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1999**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-DIC-2017 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

0059074190A 1 4941905

A

337

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024504455

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
ZNA17F	VICTORY	ADVANCE R	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
109	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR
1P50FMHHM1421580

REG
N

VIN
9GFXCHTC2NCK06022

NUMERO DE SERIE
9GFXCHTC2NCK06022

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
9GFXCHTC2NCK06022

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
MARROQUIN SUAREZ OLGA BEATRIZ

IDENTIFICACIÓN
C.C. 55167845

3

Powered by CamScanner

338

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BUNDAJE: ******

POTENCIA HP: 8

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 90202108B0159166

IE: I

FECHA IMPORT.: 22/10/2021

PUERTAS: 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA: 16/11/2021

FECHA EXP. LIC. TTO.: 16/11/2021

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT07001152801

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:	**ZNA17F**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10024504455**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**VICTORY**	LÍNEA:	**ADVANCE R**
MODELO:	**2022**	COLOR:	**NEGRO NEBULOSA**
NÚMERO DE SERIE:	**9GFXCHTC2NCK06022**	NÚMERO DE MOTOR:	**1P50FMHHM1421580**
NÚMERO DE CHASIS:	**9GFXCHTC2NCK06022**	NÚMERO DE VIN:	**9GFXCHTC2NCK06022**
CILINDRAJE:	**109**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**16/11/2021**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8119450700	21/11/2023	22/11/2023	21/11/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8093493500	16/11/2022	17/11/2022	16/11/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
82077354	14/11/2021	15/11/2021	14/11/2022	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-63915 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es BRAVO MARROQUIN JHONATAN

HISTORIA No. 1075322225

GLOSA No: ZGL-1-48964 **SINIESTRO:** 63915

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313268

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: 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 EN TORAX DOLOROSO A LA PALPACION, DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL. 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 2: 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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-63915 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es BRAVO MARROQUIN JHONATAN

HISTORIA No. 1075322225

GLOSA No: ZGL-1-48964 **SINIESTRO:** 63915

>> ITEM GLOSADO 1: 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 EN TORAX DOLOROSO A LA PALPACION, DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL. 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 2: 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 EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS INICIALES EL PACIENTE PRESENTA EN ABDOMEN CON DOLOR. 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 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:	2,034,892.00
VALOR GLOSADO :	1665700.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1665700.00
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.	20306947	**No.**	191018	**Siniestro**	90734443	**No. Factura**	FEC163915
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	04/02/2024	**Fecha aviso**	21/02/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	811945070	**Vigencia**	22/11/2023 **hast** 21/11/2024
Id tomador	55167845	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	1075322225	**Nombre**	JHONATAN STIVENSON BRAVO MARROQUIN				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	S202					**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	21715	ABDOMEN TOTAL	NO SE RECONOCE 21715 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER EVALUADAS CON ECOGRAFÍA.	100%	946,500	946,500	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	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
3	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	209,100	0	209,100
1	77702	INSUMOS			500	0	500
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	48,892	0	48,892

1001	Cobrado	2,034,892
1002	Obj. Parcial	1,665,700
1003	Liquidado	369,192

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.

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:08:31 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163915

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3f858385eed54a5466820fc75e88b4dbcd643e9605f9e04a16ce6ef2d0e545a17a4a22ac613f9d4ac5f7d83ced3574aa

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2034892

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-18 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
7cf5a988f7c33873db37b06a4e340455c339e382680f6950d10c6e9d50ea9ee45d937a3df9452df2e22410885890b6a3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 11:22:33.000 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. FEC163915

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3f858385eed54a5466820fc75e88b4dbcd643e9605f9e04a16ce6ef2d0e545a17a4a22ac613f9d4ac5f7d83ced3574aa

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

CUDE:
fd2b34c7d5e9962b0db5448930e05b67359fecbb5b68e0f4e6c7e8c4b9a2ec284bcf8a2249c9492a1d890dcf47291bbe

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 11:34:53.000 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:
aa6f8059d62c1494e15fdf6bb1d5f26d8ee9032999a021f437d0d2a703d01b19ee4e1ef6545cbb24b9e8b7d3bf38837e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:54:11.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:08:31 AM
Página: 3

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163915

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3f858385eed54a5466820fc75e88b4dbcd643e9605f9e04a16ce6ef2d0e545a17a4a22ac613f9d4ac5f7d83ced3574aa

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
dd09b415a65652b162817af2aa0011f93402441766bc7ccd22303b1d999455d6e228674bfc6704943f2abdb477f7da40

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:54:21.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.18	11:29:14	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63918

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 180976
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | | 2024.06.07 - 10:10 | 2024.06.07 - 10:50

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075790739 MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO EDAD : 19 Años
DIRECCION: 4 CENTENARIO NEIVA TELEFONO: 3124283852

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	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
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	2024.06.07	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.07	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.07	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.07	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.07	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21712	TORAX	2024.06.07	879301		MJJ				1	719,200	719,200
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.06.07	890402		DAO				1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.06.07	890302		HJC				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.07	890701		MJJ				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.07	S22101		ZGS				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	1,418,892	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,418,892

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS DIEZ Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.18 11:29:52 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 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: FEC1-00055595 Hast... 00080000 Fecha Oct...ubre del 2024

Recibido!
20306951

Cufe: ae2386b22b6795cb6475f75fee751ccf860da11c0af632ddbe757b65c8ded4c2250129321bf283f4f43b22988cb12b6f

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. ...20306951 - 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 ,2024.09.18	11:29:14	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63918

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 180976

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HOR EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.06.07 - 10:10	2024.06.07 - 10:50

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075790739 MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO
EDAD : 19 Años
DIRECCION: 4 CENTENARIO NEIVA
TELEFONO: 3124283852

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	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
19986639-01	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	2024.06.07	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.07	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.06.07	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.07	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.06.07	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21712	TORAX	2024.06.07	879301		MJJ				1	719,200	719,200
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.06.07	890402		DAO				1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.06.07	890302		HJC				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.06.07	890701		MJJ				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.06.07	S22101		ZGS				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	1,418,892	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,418,892

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS DIEZ Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.18 11:29:52 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: ae2386b22b6795cb6475f75fee751ccf860da11c0af632ddbe757b65c8ded4c2250129321bf283f4f43b22988cb12b6f

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:	63918
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 0
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,418,892
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 63918

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
MOSQUERA	VARGAS

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	PABLO

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

No. Documento: 1075790739

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 02/09/2004 Sexo: F [X] M O

Direccion: 4 CENTENARIO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3124283852

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: CARRERA 33 CON CALLE 28 SUR

Fecha Evento/Accidente: 07/06/2024 Hora: 09:15

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA BMY12F QUIEN AL ESQUIVAR UN VEHICULO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: HERO Placa: BMY12F

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 8121306700

Vigencia de la Poliza: Desde: 06/03/2024 Hasta: 05/03/2025

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

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

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 | CE | NIT | CD | PT | PE | SC | DE | TI — **No. Documento** NO REGISTRA

Direccion: 4 CENTENARIO

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3124283852 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
MOSQUERA	VARGAS

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	PABLO

Tipo de Documento: CC[X] | CE | AS | MS | PA | RC | TI | PT | PE | SC | CD | DE — **No. Documento** 1075790739

Direccion: 4 CENTENARIO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3124283852

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: 07/06/2024 **a las** 10:10

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico relacionado de Ingreso
S500 CONTUSION DEL CODO

Fecha de Egreso: 07/06/2024 **a las** 10:50

Diagnostico presuntivo de Egreso
S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Diagnostico definitivo de Egreso
S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico relacionado de Egreso
S500 CONTUSION DEL CODO

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

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

Tipo Documento CC[X] | CE | PA | PT | PE — **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de Medico 1118849376

24

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	1418892	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. 64539

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

PACIENTE: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 1075790739	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	4 CENTENARIO		
FCHA.NACTO:	2004.09.02	EDAD:	19 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3124283852
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.06.07 — HORA DE INGRESO: 10:10
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.06.07 — HORA DE EGRESO: 10:50
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S903 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
CONFIRMADO: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO1: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.07-10:29:23 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA BMY12F QUIEN AL ESQUIVAR UN VEHICULO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 10+10
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE7/24, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

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

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 115/71 FC: 79 FR: 20 TEMP: 36.3 TALLA: 163 PESO: 64 IMC: 24 SATO2: 96 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS CON DOLOR A A PLAPOCION DE REJA COSTAL DERECHA CON INDACUADA MECAINCA VENTILATORIA
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

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

EPICRISIS No. 64539

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO
DOC.IDENT: CC 1075790739 SEXO: MASCULINO DIRECCION: 4 CENTENARIO TEL: 3124283852
FCHA.NACTO: 2004.09.02 EDAD: 19 A CIUDAD: NEIVA
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN ANTEBRAZO, CODO, PIERNA, TOBILLO Y RODILLA DERECHA DERECHOS NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASIONES EN PIE DERECHO, RODILLA DERECHA CODO DERECHO, HEMITORAX DERECHO
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

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

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

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

EPICRISIS No. 64539

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

PACIENTE: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 1075790739	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	4 CENTENARIO		
FCHA.NACTO:	2004.09.02	EDAD:	19 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3124283852
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.06.07-10:40:46 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 TORAX NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

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

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

***** FECHA: 24.06.07-10:41:04 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: 10:11 / 10:13 DURACION: 00:01

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

***** FECHA: 24.06.07-10:42:50 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TORAX ANTEBRAZO, CODO, PIERNA, TOBILLO Y RODILLA DERECHA DERECHOS ,
AL EXAMEN FISICO: CON LEVE DOLOR MAS ABRASIONES ANTEBRAZO, CODO, PIERNA, TOBILLO Y RODILLA DERECHA DERECHOS NEUROVASCULAR NORMAL.

19

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

EPICRISIS No. 64539

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 1075790739	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	4 CENTENARIO		
FCHA.NACTO:	2004.09.02	EDAD:	19 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3124283852
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

RX NORMALES
DX: CONTUSIONES Y ABRASIONES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD POR 3 DIAS

*** FECHA: 24.06.07-10:47:28 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO 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 DERECHO 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, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX

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

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

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

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

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

EPICRISIS No. 64539

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

PACIENTE: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 1075790739	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	4 CENTENARIO		
FCHA.NACTO:	2004.09.02	EDAD:	19 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3124283852
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 24.06.07-10:50:43 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

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

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO 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: 1TB 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

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

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.07-10:51:05 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. 64539

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

PACIENTE: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 1075790739	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	4 CENTENARIO		
FCHA.NACTO:	2004.09.02	EDAD:	19 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3124283852
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.07-10:50:46 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO		
RELACIONADO 1: S500 - CONTUSION DEL CODO		
RELACIONADO 2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		

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

RM. 1118849376
MEDICO GENERAL

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

PACIENTE: 1675790739 MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO **EDAD:** 19

DIRECCION: 4 CENTENARIO **TELEFONO:** 3124283852

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63577 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.06 **Nº POLIZA:** 8121306700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 7 de junio de 2024						
10:30:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	HACI	
10:30:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	HACI	
10:30:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	HACI	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 180976

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -180976 **Fecha** 2024/06/7

Nombre Paciente: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO - 1075790739 **Edad:** 19 **Sexo:** M

Quien Realiza: ZGS- SALMA ZULUAGA GIRALDO Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
2. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Diagn%sticos Definitivos:

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
2. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	MÚdico	Via
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ZGS	-

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

GIRALDO
QUIEN REALIZA

Juan Pablo Mosquera
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,15-Jun-2024 11:14:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS	
860028415 MOSQUERA VARGAS JUAN	EVENTO			**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	ANEXO2:	**Fecha Ingreso:** 2024.06.0	10:04
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	19 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1075790739 MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO	1 NIVEL I		NEIVA	4 CENTENARIO	3124283852

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.07	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ZGS	10.00
2024.06.07	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ZGS	10.00
2024.06.07	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ZGS	6.00
2024.06.07	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ZGS	1.00
2024.06.07	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ZGS	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO | No. Identif. 1075790739 | Edad. 19

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS | Fecha: 2024.06.07

FORMULA MEDICA

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

RM. 1118848376
MÉDICO GENERAL

MEDICO | **FARMACIA** | Juan Pablo mosquera **PACIENTE**

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -211281

FECHA EMISION: 2024.06.07
HORA: 10:51:41
PAGINA No: 1

USUARIO: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO
DOC.IDENT: CC 1075790739 CAMA: -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2024/06/7
ORIGEN:
MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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

Juan Pablo mosquera

Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO | No. Identif. 1075790739 | Edad. 19

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS | Fecha: 2024.06.07

FORMULA MEDICA

* CEFALEXINA 500 MG	**Cant.:** 24.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.

RM. [illegible]
MEDICO GENERAL

MEDICO | FARMACIA | juan pablo mosquera
PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -211282

FECHA EMISION:	2024.06.07
HORA:	10:51:55
PAGINA No:	1

USUARIO: MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO

FECHA DE PEDIDO: 2024/06/7

DOC.IDENT: CC 1075790739 CAMA: -

ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

BOD	REFERENCIA		DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	LAS CAJA	TABL	CEFALEXINA 500 MG	24.00

TOTAL CANTIDAD: 24.00

Juan Pablo mosquera

Recibido Paciente

CA

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.06.17
HORA:	10:08:54
PAGINA No:	1

Numero: 90301 Fecha Ex. 07/06/24 Hora 15:59
Nombre Paciente: 1075790739 MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO
Dirección: 4 CENTENARIO Telefono:3124283852 Edad:19 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE TORAX 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 TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION

*HALLAZGOS

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

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de 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 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.

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.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.06.17
HORA:	10:08:54
PAGINA No:	2

Numero: 90301 Fecha Ex. 07/06/24 Hora 15:10
Nombre Paciente: 1075790739 MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO
Dirección: 4 CENTENARIO Telefono:3124283852 Edad:19 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE TORAX Prioridad: ALTA

LECTURA

El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
No se confirma cardiomegalia.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
No se observan masas ni nódulos mediastinales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

FIRMA

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-65 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 09-06-2024

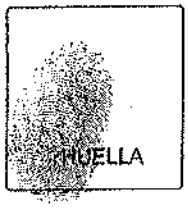
Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Juan Pablo Marquez Vargas identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075790739 con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde 07/06/2024 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente



Juan Pablo Marquez

Firma
Nombre: Juan Pablo Marquez V.
c.c. 1075790739

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

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

6

VIDA ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

nformación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

formación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1075790739
NOMBRES	JUAN PABLO
APELLIDOS	MOSQUERA VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

atos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI	SUBSIDIADO	01/09/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión: 06/07/2024 10:03:22 **Estación de origen:** 192.168.70.220

La información contenida en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 3143 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2163 de 2021 y 762 de 2028 de la ADRES, por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que obren en los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de [illegible] hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual puede [illegible] que haya estado en el Régimen Contributivo o [illegible]

Powered by CamScanner

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:

BMY12F

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10024656289

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Particular

CLASE DE VEHÍCULO:

MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:

HERO

LÍNEA:

4

ECO DELUXE I3S

MODELO:

2020

COLOR:

NEGRO GRIS

NÚMERO DE SERIE:

NÚMERO DE MOTOR:

HA11ENJ9H02097

NÚMERO DE CHASIS:

9G5HAH026LVKB0730

NÚMERO DE VIN:

9G5HAH026LVKB0730

CILINDRAJE:

98

TIPO DE CARROCERÍA:

SIN CARROCERIA

TIPO COMBUSTIBLE:

GASOLINA

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

17/05/2019

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

UND MCPAL TTOyTTE PALERMO

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

NO

CLÁSICO O ANTIGUO:

NO

REPOTENCIADO:

NO

REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN MOTOR

REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN CHASIS

REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN SERIE

REGRABACIÓN VIN (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN VIN

VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):

NO

PUERTAS:

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8121306700	05/03/2024	06/03/2024	05/03/2025	110	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
84462947	28/12/2022	29/12/2022	28/12/2023	110	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE
3117141000	22/10/2021	23/10/2021	22/10/2022	111	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
78739255	24/06/2020	25/06/2020	24/06/2021	110	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE
3308004420619000	16/05/2019	17/05/2019	16/05/2020	111	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

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: 29/10/2024

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-FEC1-63918 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO

HISTORIA No. 1075790739

GLOSA No: ZGL-1-48640 **SINIESTRO:** 63918

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	1418892.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	1418892.00	SE ANEXA DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA INFOMACION SUMINISTRADA ES LA APORTADA POR EL PACIENTE, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACER LA ALLEGAR EN LA MENOR BREVEDAD POSIBLE PARA PODER HACER EL COBRO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS SI NO SERIA SO PENA DE OBSTRUIR EL COBRO.

Recibido!
31 de Octubre del 2024
20311144
equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,418,892.00
VALOR GLOSADO :	1418892.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1418892.00
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: 29/10/2024

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-FEC1-63918 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es MOSQUERA VARGAS JUAN PABLO

HISTORIA No. 1075790739

GLOSA No: ZGL-1-48640 **SINIESTRO:** 63918

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	1418892.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	1418892.00	SE ANEXA DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA INFOMACION SUMINISTRADA ES LA APORTADA POR EL PACIENTE, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACER LA ALLEGAR EN LA MENOR BREVEDAD POSIBLE PARA PODER HACER EL COBRO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS SI NO SERIA SO PENA DE OBSTRUIR EL COBRO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,418,892.00
VALOR GLOSADO :	1418892.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1418892.00
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.	20306951	**No.**	198004	**Siniestro**	90751587	**No. Factura**	FEC163918

Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	07/06/2024	**Fecha aviso**	09/07/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024	
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	10/10/2024	**Póliza**	812130670	**Vigencia**	06/03/2024	**hast**	05/03/2025

Id tomador	1003894578	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1075790739	**Nombre**	JUAN PABLO MOSQUERA VARGAS
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	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT DE ACUERDO CON AUDITORIA INTERNA REALIZADA AL PROPIETARIO SEÑOR KEVIN SANTIAGO TRUJILLO DONDE CONFIRMA QUE SU MOTO DE PLACA BMY12F NO HA ESTADO INVOLUCRADA EN NINGUN ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL 2024 Y NO CONOCE AL LESIONADO.	100%	1,418,892	1,418,892	0

1001	**Cobrado**	**1,418,892**
1002	**Obj. Parcial**	**1,418,892**
1003	**Liquidado**	**0**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ESLENDY.CAMACHO			DRA. CLAUDIA MORENO.

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

RECIBIDO 13 OCT 2024 377

equidad seguros

Bogotá D.C. Octubre 10 de 2024.

OBJEQU-20306951-2024

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Asunto:

Siniestro: 90751587
Afectado: JUAN MOSQUERA VARGAS
Poliza: AT 1501-8121306700-0
Factura: FEC163918

Respetado(a) Señor (a):

Recibimos los documentos del reclamo que formula en calidad de Representante Legal, mediante el cual solicita afectar el amparo de Gastos Médicos con cargo a la póliza SOAT indicada en el asunto, derivado de las atenciones prestadas al paciente JUAN MOSQUERA VARGAS, como consecuencia del accidente de tránsito, ocurrido el 07/06/2024.

Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

Una vez realizada la investigación por parte de esta Compañía de Seguros, se evidenció que el vehículo causante de las lesiones no corresponde al automotor de placa BMY12F asegurado por la Equidad Seguros Generales O.C.,se objeta por no cubierto soat de acuerdo con auditoria interna realizada al propietario señor Kevin Santiago Trujillo donde confirma que su moto de placa BMY12F no ha estado involucrada en ningun accidente de transito en el 2024 y no conoce al lesionado..

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

Adjunto, encontrará los documentos originales aportados a la reclamación.

Cordialmente

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

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Juan Pablo Mosquera Vargas Nro. Documento de Identidad 1075790739

Edad 19 A Sexo M Dirección Domicilio 4 Contenon Ciudad Neiva Teléfono 3124283852

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Juan Pablo Mosquera Vargas Nro. Documento de Identidad 1075790739

Edad 19 A Sexo M Dirección Domicilio 4 Contenon Ciudad Neiva Teléfono 3124283852

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Hero Placa BM412F Vehículo Motocicleta

3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 812130670 00

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 07-06-2024 Hora 09:15

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante _____ Peaton _____	Carrera 33 con calle 28 Sur

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

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

Yo Juan Pablo Mosquera Vargas iba como conductor de la moto con placa BM412F pierdo el control al esquivar un vehículo y caigo sufriendo lesiones personales

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Juan Pablo Mosquera Vargas identificado con c.c. 1075790739 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 07-06-2024 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Juan Pablo Mosquera

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

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

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:08:56 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163918

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ae2386b22b6795cb6475f75fee751ccf860da11c0af632ddbe757b65c8ded4c2250129321bf283f4f43b22988cb12b6f

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1418892

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-18 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
174934b13629a0976afddc8cc9f2119895d9755349962f3c1d90edaf7a82bf87948736dd0b686996c8ac75f739392761

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 11:29:52.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

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. FEC163918

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ae2386b22b6795cb6475f75fee751ccf860da11c0af632ddbe757b65c8ded4c2250129321bf283f4f43b22988cb12b6f

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

CUDE:
70e9acdd2ecdcccbce37425204dc9d29e1b3ac03796059f4ace0e9e86adce8d9e26af14e01af4ba437159214c101bf18

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 11:41:41.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
1495078cbdd2a112d1e5807b642e18477effd28d5c25ce304ba98a3a0a50d2ab89cfb62e33e95e7eca0fad26c4cbc883

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:53:29.000 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

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:08:56 AM
Página: 3

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163918

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ae2386b22b6795cb6475f75fee751ccf860da11c0af632ddbe757b65c8ded4c2250129321bf283f4f43b22988cb12b6f

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
afe6abd8da3a24a35d170c67a957a035b0e97330db5fd99c4243e0088b9d7c2fc1e226a7bd668330426c8dd2fb7a78cb

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:53:39.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.18	13:11:48	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63951

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 184820
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 60% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.08.15 - 10:24 | 2024.08.15 - 15:10

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1125178995 BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA | EDAD : 20 Años
DIRECCION: BARRIO EL JARDIN HOBO | TELEFONO: 3123450173

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											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
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	2024.08.15	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.15	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.15	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.15	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21712	TORAX	2024.08.15	879301		MJJ				1	719,200	719,200
21715	ABDOMEN TOTAL	2024.08.15	879420		MJJ				1	946,500	946,500
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.08.15	890402		DAO				1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.08.15	890302		HJC				1	71,500	71,500
39148	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.08.15	890701		MJJ				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.15	S22101		DKA				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

Recibido!
7 de Octubre de 2024
20306953

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA D[illegible]T. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y O[illegible] NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: [illegible]12.27 por una Vigencia de 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 8dd33f7d8949cf923452f783caf1511e776dd5ca12db2ee003edc9270ae[illegible]aa154bb69024[illegible]de90f7ea3b8e36ff09[illegible]

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

Powered by: 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 ,2024.09.18	13:11:48	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63951

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 184820
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.08.15 - 10:24 2024.08.15 - 15:10

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1125178995 BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA EDAD : 20 Años
DIRECCION: BARRIO EL JARDIN HOBO TELEFONO: 3123450173

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											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908989-04	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966839-01	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	2024.08.15	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.15	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.15	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.15	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21712	TORAX	2024.08.15	879301		MJJ				1	719,200	719,200
21715	ABDOMEN TOTAL	2024.08.15	879420		MJJ				1	946,500	946,500
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.08.15	890402		DAO				1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.08.15	890302		HJC				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.08.15	890701		MJJ				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.15	S22101		DKA				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: 8dd33f7d8949cf923452f783caf1511e776dd5ca12db2ec003edc9270ae2aa154bb690244de90f7ea3b8e36ff092b37d

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 ,2024.09.18	13:11:48	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63951

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

VALOR BRUTO:	2,422,316	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,422,316

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS DIEZ Y SEIS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.18 01:12:27 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: 8dd33f7d8949cf923452f783caf1511e776dd5ca12db2ee003edc9270ae2aa154bb690244de90f7ea3b8e36ff092b37d

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

FACTURA:	63951
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 835,258
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,587,058
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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 RG:

Fecha Radicacion: D D M M A A A A

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

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 63951

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
BUITRON	RAMOS

1er.Nombre	2do.Nombre
DEISY	VIVIANA

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

No. Documento: 1125178995

De: 86571 Fecha de Nacimiento: 04/02/2004 Sexo: F[X] M O

Direccion: BARRIO EL JARDIN

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123450173

Municipio: HOBO Cod. 349

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

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

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

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

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 70+200 METROS VIA GARZON_NEIVA

Fecha Evento/Accidente: 15/08/2024 Hora: 06:40

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA VSB50G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR PERRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Asegurámiento: 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: VSB50G

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 8120608601 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 01/02/2024 Hasta: 31/01/2025

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

1er.Apellido o Razon Social: NO REGISTRA	2do.Apellido: NO REGISTRA
1er.Nombre: NO REGISTRA	2do.Nombre: NO REGISTRA

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento: NO REGISTRA

Direccion: BARRIO EL JARDIN

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Telefono: 3123450173 Total Folios: 0

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

1er.Apellido: BUITRON	2do.Apellido: RAMOS
1er.Nombre: DEISY	2do.Nombre: VIVIANA

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento: 1125178995

Direccion: BARRIO EL JARDIN

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123450173

Municipio: HOBO Cod. 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: 15/08/2024 a las 08:22

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: MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVIDEO Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 15/08/2024 a las 08:37

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: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY 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: 15/08/2024 a las 10:24 Fecha de Egreso: 15/08/2024 a las 15:10

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante: JESUS	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante: ANTONIO
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante: MINDIOLA	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante: JOLY

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento: 1118849376

N·mero de Registro de Medico: 1118849376

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	2422316	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. 65742

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

PACIENTE: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA

DOC.IDENT:	CC 1125178995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO EL JARDIN
FCHA.NACTO:	2004.02.04	EDAD:	20 A	CIUDAD:	HOBO TEL: 3123450173
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+		

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.08.15 — HORA DE INGRESO: 10:24
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.08.15 — HORA DE EGRESO: 15:10
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S701 - CONTUSION DEL MUSLO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.08.15-10:48:16 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA VSB50G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR PERRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 10+30
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL-HOBO HUILA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY , OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

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

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 115/75 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36.3 TALLA: 153 PESO: 55 IMC: 24 SATO2: 96 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS CON DOLOR EN HEMITORAX DERECHO CON INADECUADA MECANICA VENTILATORIA.,
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION DE FLANCOS BILATERALES , 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. 65742

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA

DOC.IDENT:	CC 1125178995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO EL JARDIN		
FCHA.NACTO:	2004.02.04	EDAD:	20 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123450173
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL EN MUSLO DERECHO, RODILLA DERECHA, ANTEBRAZO DERECHO, CODO DERECHO, REGION LUMBOSACRA NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
CON ABRASIONES EN MUSLO DERECHO, RODILLA DERECHA, ANTEBRAZO DERECHO, CODO DERECHO,
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

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

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

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

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

29

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

EPICRISIS No. 65742

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

PACIENTE: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA

DOC.IDENT:	CC 1125178995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO EL JARDIN		
FCHA.NACTO:	2004.02.04	EDAD:	20 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123450173
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.08.15-11:01:00 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: 10:49 / 10:51 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: DANNA KATHERINE AVENDAÑO

*** 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 BRAZO DERECHO + HERIDA EN LABIO SUPERIOR 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: 24.08.15-12:02:38 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE ABDOMEN SIMPLE NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

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

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

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

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

*** FECHA: 24.08.15-12:07:05 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO SUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

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

EPICRISIS No. 65742

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

PACIENTE: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA

DOC.IDENT:	CC 1125178995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO EL JARDIN		
FCHA.NACTO:	2004.02.04	EDAD:	20 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123450173
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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 DERECHA SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVEMENTE DOLOROSO EN FLANCO DERECHO, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO: SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX Y ABDOMEN SUPERFICIAL.

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

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

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

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: 24.08.15-15:07:08 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 DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL EN MUSLO DERECHO, RODILLA DERECHA, ANTEBRAZO DERECHO, CODO DERECHO, REGION LUMBOSACRA NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
NEUROVASCULAR NORMAL
RX SE OBSERVAN NORMALES
DX: CONTUSIONES

18

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

EPICRISIS No. 65742

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

PACIENTE: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA

DOC.IDENT:	CC 1125178995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO EL JARDIN		
FCHA.NACTO:	2004.02.04	EDAD:	20 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123450173
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ABRASIONES EN EXTREMIDADES
ANALISIS: PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, REQUIERE MANEJO CONSERVADOR EN CASA, SE DECIDE DAR EGRESO Y CONTINUAR MANEJO MEDICO EN CASA.

PLAN: SALIDA CON ANALGESICOS ORALES Y ANTIBIOTICO
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS

*** FECHA: 24.08.15-15:09:36 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

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

** PLAN DE MANEJO:

** 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 PARA RESPIRAR, SI LOS PUNTOSDE LAS HERIDAS SE LE HAN ABIERTO, SI LAS HERIDAS ESTAN ROJAS CALIENTES, LE BOTAN PUS O SECRESION, 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 TIEMPOINDICADO 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:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DRCUERVO

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

EPICRISIS No. 65742

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

PACIENTE: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA

DOC.IDENT:	CC 1125178995	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO EL JARDIN		
FCHA.NACTO:	2004.02.04	EDAD:	20 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3123450173
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFALEXINA 500 MG , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

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

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

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.08.15-15:10:49 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.08.15-15:10:16 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO		
RELACIONADO 1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		
RELACIONADO 2: S701 - CONTUSION DEL MUSLO		

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

RM. 1118849376
MEDICO GENERAL

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

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 184820

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -184820 **Fecha** 2024/08/15

Nombre Paciente: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA - 1125178995 **Edad:** 20 **Sexo:** F

Quien Realiza: DKA- DANNA KATHERINE AVENDAÑO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	DKA	-

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 BRAZO DERECHO + HERIDA EN LABIO SUPERIOR 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

Deisy Buitron Ramos
FIRMA DE PACIENTE

15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,20-Ago-2024 09:24:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2024.08.1 10:24
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 20 Años Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
1125178995 BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA 1 NIVEL I HOBO BARRIO EL JARDIN 3123450173

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.08.15	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	DKA	10.00
2024.08.15	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	DKA	10.00
2024.08.15	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	DKA	6.00
2024.08.15	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	DKA	1.00
2024.08.15	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	DKA	1.00

19

PACIENTE: 1125178995 BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA **EDAD:** 20

DIRECCION: BARRIO EL JARDIN **TELEFONO:** 3123450173

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

N° SINIESTRO: ZSI-1-64673 **FECHA SINIESTRO:** 2024.08.15 **Nº POLIZA:** 8120608601

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 15 de agosto de 2024						
10:49:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
10:49:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
10:49:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		DIA	GOR1	
10:49:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	GOR1	
10:49:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	GOR1	

TOTAL SUMINISTRADO: 5.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -215725

FECHA EMISION:	2024.08.15
HORA:	15:26:12
PAGINA No:	1

USUARIO: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA **FECHA DE PEDIDO:** 2024/08/15

DOC.IDENT: CC 1125178995 **CAMA:** - **ORIGEN:**

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

BOD	REFERENCIA			DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	LAS	CAJA	TABL	CEFALEXINA 500 MG	24.00
002	GEN	ACETAMINOFEN	TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
002	GEN	IBUPROFENO	TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
				TOTAL CANTIDAD:	74.00

Deisy Viviana Buitron Ramos

Recibido Paciente

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA No. Identif. 1125178995 Edad. 20

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.08.15

FORMULA MEDICA

* CEFALEXINA 500 MG	**Cant.:** 24.00	TOMAR UNA CADA 6 HORAS.
* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 30.00	TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR UNA CADA 8 HORAS.

MEDICO **FARMACIA** Deisy Viviana Buitron Ramos **PACIENTE**

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 24.08.24
HORA: 08:13:59
PAGINA No: 1

Numero: 92282 Fecha Ex. 15/08/24 Hora 16:08
Nombre Paciente: 1125178995 BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA
Dirección: BARRIO EL JARDIN Telefono:3123450173 Edad:20 A Sexo: F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY 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 FEMUR DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del fémur derecho observándose la cabeza femoral, el cuello femoral y la diáfisis del fémur, con aspecto, contornos y densidad ósea normales.
No hay fracturas de la diáfisis del fémur.

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.

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:

A nivel del tejido pulmonar la trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
No hay focos pulmonares consolidativos.
La distribución de la vasculatura es normal.
No hay compromiso pleural.
No se observan derrames pleurales ni cámaras de neumotórax.
A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea principal, la tráquea, la Carina y los bronquios fuentes con aspecto normal.
El cayado aórtico se advierte sin alteraciones.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
No se confirma cardiomegalia.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
No se observan masas ni nódulos mediastinales.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 24.08.24
HORA: 08:13:59
PAGINA No: 2

Numero: 92282 Fecha Ex. 15/08/24 Hora 16:07
Nombre Paciente: 1125178995 BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA
Telefono:3123450173 Edad:20 A Sexo: F
Dirección: BARRIO EL JARDIN
Anotacion: SATISFACTORIO
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
Prioridad: ALTA
Observacion: TAC DE ABDOMEN SIMPLE

LECTURA

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA DEL TÓRAX:
Dentro de límites normales.

TAC DE ABDOMEN SIMPLE

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el abdomen en forma descendente de diez milimetros 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 anotándose presencia de dos pequeñas formas nodulares calcificadas densas cortico medulares del tercio medio inferior del riñón izquierdo que son significativas de corresponder a cálculos sin evidencia de dilatación de los sistemas colectores.
Aorta y vena cava inferior con trayecto y diámetros normales.
No hay alteraciones retroperitoneales.
Los pilares diafragmáticos y los músculos psoas tienen contexto normal.
En la cavidad pélvica se observa en la vejiga urinaria en situación central de contornos regulares, sin defectos intrínsecos.
El útero, el recto y la grasa peri -rectal no muestran cambios.
En el resto del examen del abdomen se observa la cámara gástrica y ases intestinales con aspecto distribución y contenido conservados.
No hay evidencia de masas, colecciones liquidas ni presencia de líquido libre en cavidad peritoneal.

CONCLUCIÓN
ESCANOGRAFIA ABDOMINAL:
Dentro de límites normales

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

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

Neiva, 15 AGOSTO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo DEISY VIVIANA BUITRON RAMOS identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1125178995, 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 15/08/2024 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Deisy Buitron Ramos

Firma
Nombre: DEISY VIVIANA BUITRON
c.c. 1125178995

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

Do

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202408150004 - 1

SIH-1/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 15 MES 08 AÑO 2024 **Autorización: XXX**

No. de Historia Clínica CC1125178995

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
DEISY VIVIANA	BUITRO	RAMOS	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 1125178995

Dirección VILLA DEL ORIENTE LOTE 12 Teléfono 3142850291 Edad 20 Ano(s)

Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___

Lugar y Fecha de Nacimiento - 04/02/2004

Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○

Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso			Servicio que Remite		Especialidad
D 15	M 08	A 2024	Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Fecha de Egreso			Consulta Externa		
D 15	M 08	A 2024	Hospitalización		
			Otro		

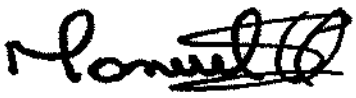
Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Remisión	
Nivel de Competencia	X
No hay Recurso Humano	
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	
Otro	

Médico que Remite

Nombre MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVIDEO

Firma y Sello



C.C 72216783

Registro Médico 72216783

PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS LA CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE 30 MINUTOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO EN CONDICION DE CONDUCTORA LA CUAL TRANSITABA POR EL KILOMETRO 70+200 VIA GARZON-NEIVA LA CUAL AL TRATAR DE ESQUIVAR A UN PERRO QUE ESTABA EN LA VIA LA CUAL PIERDE EL CONTROL D E LA MOTO Y CAE AL ASFALTO SIFRIENDO CONTUSION EN REGION DE CADERA DERECHA CON DOLOR-EDEMA Y DIFICULTAD PARA LA MARCHA ADEMAS CONTUSION EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON DOLOR-EDEMA POR LOQUE VIENE Y ES VALORADA POR MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA REMISION PARA VALORACION POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

Nivel de Competencia				
Nivel que Remite	1 X	2 ___	3 ___	4 ___
Nivel al que se Remite	1 X	2 ___	3 ___	4 ___

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 08:22 Hora 08 Minutos 22

Nombre de la persona que solicita la Remisión

MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA.)

Hora Confirmación 08:22 Hora 08 Minutos 22

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____ No. Placa Ambulancia _____

Nombre del Conductor _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	S300
CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA	S801

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:
PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS LA CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE 30 MINUTOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO EN CONDICION DE CONDUCTORA LA CUAL TRANSITABA POR EL KILOMETRO 70+200 VIA GARZON-NEIVA LA CUAL AL TRATAR DE ESQUIVAR A UN PERRO QUE ESTABA EN LA VIA LA CUAL PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE AL ASFALTO SIFRIENDO CONTUSION EN REGION DE CADERA DERECHA CON DOLOR-EDEMA Y DIFICULTAD PARA LA MARCHA ADEMAS CONTUSION EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON DOLOR-EDEMA POR LOQUE VIENE Y ES VALORADA POR MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA REMISION PARA VALORACION POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
110/80	85	36.60	20	153.0	54.00	

Hallazgos del Examen Físico

Cabeza: Normal NORMOCEFALA, MOH - **Cuello:**Normal NORMAL - **Torax:**Normal NORMAL - **Abdomen:**Normal NORMAL - **G/U:**Normal NORMAL - **Extremidades:**Anormal CONTUSION EN REGION DE CADERA DERECHA Y MIEMBRO INFERIOR CON DOLOR-EDEMA - **Neurológico:**Normal NORMAL - **Nariz:**Normal NORMAL - **Oidos:**Normal NORMAL - **Boca:**Normal NORMAL - **Ojos:**Normal NORMAL - **Piel:**Normal NORMAL - **Ano:**Normal NORMAL - **Osteomuscular:**Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (DM0000215R1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0001096) TAPON HEPARENIZADO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02BD026701 1) DIPIRONA SOL INY 2.5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (M01AD015701) DICLOFENACO SODICO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (H02AD005711) DEXAMETASONA ACETATO 8 MG/ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1;

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	S300
CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA	S801

Observaciones o Sugerencias

REMISION POR ORTOPEDIA

Impreso por:

Mayerly Rojas

MAYERLY ROJAS CORDOBA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
Nit. 813011515-8
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 15 de Agosto de 2024 Hasta 15 de Agosto de 2024
CC 1125178995 - DEISY VIVIANA BUITRO RAMOS

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	04/02/2004 - 20 Año(s)
Género:	Femenino
RH	B-
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	Ninguno
Ocupación:	No Aplica
Estado civil:	No Aplica
Grupo de atención:	Contributivo
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	AB@GMAIL.COM
Responsables del paciente:	
Parentesco del responsable:	
Teléfono del responsable:	

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Huila
Municipio:	Hobo
Dirección:	Villa Del Oriente Lote 12
Telefono:	3142850291 - 3142850291

Administradora	Tipo de usuario
NUEVA EPS SA	CONTRIBUTIVO

Atención: 202408150004

Fecha y Hora de Ingreso: 15/08/2024 07:58:03

Identificación:	CC 1125178995	Edad en la atención:	20 Ano(s)
Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT	Nombre:	DEISY VIVIANA BUITRO RAMOS
Poliza:		Tipo de Usuario:	Soat
Servicio de Ingreso:	Urgencias Ambulatorio	Autorización:	

Datos del acompañante
Tipo: Solo

URGENCIAS

- **Triage**

Fecha y Hora: 15/08/2024 08:19:57 **Profesional:Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .)** **Identificación:** CC 72216783

Motivo: accidente de transito
Signos Vitales
Peso:54.00 Kg Talla:153.0 cm MC:23.07 Kg/m^2 FC:85 Min. FR:20 Min. Temp:36.60 °C PA:110/80 TM: 90 Saturación:99.00 %

Hallazgos Clinicos: PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS LA CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE 30 MINUTOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO EN CONDICION DE CONDUCTORA LA CUAL TRANSITABA POR EL KILOMETRO 70+200 VIA GARZON-NEIVA LA CUAL AL TRATAR DE ESQUIVAR A UN PERRO QUE ESTABA EN LA VIA LA CUAL PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE AL ASFALTO SIFRIENDO CONTUSION EN REGION DE CADERA DERECHA CON DOLOR-EDEMA Y DIFICULTAD PARA LA MARCHA ADEMAS CONTUSION EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON DOLOR-EDEMA POR LOQUE VIENE Y ES VALORADA POR MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA REMISION PARA VALORACION POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

Impresión Diag: S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
Clasificación: Triage III
Conducta: Urgencias. TRATAMIENTO 1.TAPON VENOSO 2.DIPIRONA 2.5 MG IV 3.DICLOFENACO A MP 75 MG IM 4.DEXAMETASONA AMP 8 MG IM 5.REMISION POR ORTOPEDIA 6.CVS Y AC

- **Signos Vitales**

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturacl	Profesional
1	HOBO	15/08/2024	08:22:08	54.00	153.0	23.07	85	20	36.60	110/80	90	0	99.00	MANUEL FRANCISCO SOC

- **Remisiones**

Fecha y Hora: 15/08/2024 08:22:57 **Profesional:Manuel Francisco Socarras Ovid.(medicina .)**
Remision N° 1
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Institución:
Acepta: XXX Autorización: XXX
Modalidad: Remision
Motivo: Nivel de competencia Incluir Ambulancia: No
Observaciones: PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS LA CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE 30 MINUTOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO EN CONDICION DE CONDUCTORA LA CUAL TRANSITABA POR EL KILOMETRO 70+200 VIA GARZON-NEIVA LA CUAL AL TRATAR DE ESQUIVAR A UN PERRO QUE ESTABA EN LA VIA LA CUAL PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE AL ASFALTO SIFRIENDO CONTUSION EN REGION DE CADERA DERECHA CON DOLOR-EDEMA Y DIFICULTAD PARA LA MARCHA ADEMAS CONTUSION EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON DOLOR-EDEMA POR LOQUE VIENE Y ES VALORADA POR MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA REMISION PARA VALORACION POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

- **Prescripcion**

Fecha y Hora: 15/08/2024 08:23:14 **Profesional:** **Mayerly Rojas Cordoba.(auxiliar .)** **Indentificación: CC 1083838219**

Impreso Por:

Mayerly Rojas

MAYERLY ROJAS CORDOBA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
CALLE 6 N 947 - Tel:8384053
Nit. 813011515-8
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 15 de Agosto de 2024 Hasta 15 de Agosto de 2024
CC 1125178995 - DEISY VIVIANA BUITRO RAMOS

Codigo	Nombre	Cantidad	Via	Cada	A Partir De	Dosis	Entregar
DM0000215R1	CATETER YELCOS 20	1.00 UNID	NO APLICA	AHOR	08:23:14	1	1 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							
DM0001096	TAPON HEPARENIZADO	1.00 UNID	NO APLICA	AHOR	08:23:14	1	1 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							
N02BD0267011	DIPIRONA SOL INY 2 5 GRAMOS SOL INY 2 5G 5 ML Inyectable 0.5MG/ML	2.50 UNID	NO APLICA	AHOR	08:23:14	1	1 AMP.
*** Periodo duración tratamiento :** 1 Dia(s)							
M01AD015701	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML Solucion inyectable 75 MG/3ML	75.00 UNID	NO APLICA	AHOR	08:23:14	1	1 AMP.
*** Periodo duración tratamiento :** 1 Dia(s)							
H02AD005711	DEXAMETASONA ACETATO 8 MG/ML SOL INY AMP 8MG/2ML Suspension inyectabl 8MG/2ML	2.00 UNID	NO APLICA	AHOR	08:23:14	1	1 AMP.
*** Periodo duración tratamiento :** 1 Dia(s)							
V00015691	JERINGA 10 CC	2.00 UNID	NO APLICA	AHOR	08:23:14	1	2 UNI.
Nota: * Periodo duración tratamiento : 1 Dia(s)							

Observaciones:

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 15/08/2024 08:27:21 **Profesional:Mayerly Rojas Cordoba.(auxiliar .)** **Identificacion:CC1083838219**
Sede: HOBO
Orden: Ambulatoria

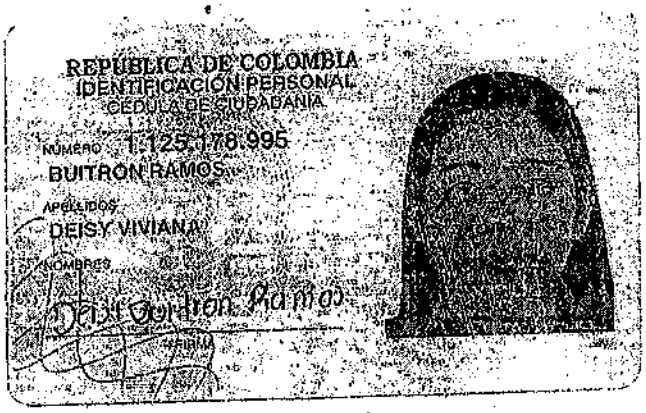
Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(S31302)		TRASLADO DE AMBULANCIA INTERMUNICIPAL DIURNO AUXILIAR	1	()

Observaciones:

Impreso Por:

Mayerly Rojas

MAYERLY ROJAS CORDOBA
AUXILIAR DE ENFERMERIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.125.178.995
BUITRON RAMOS
APELLIDOS
DEISY VIVIANA
NOMBRES

Deisy Buitron Ramos
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-2004
PUERTO GUZMAN
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

03-MAY-2022 CURILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDRA VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-4401200-01299064-F-1125178995-20220519 0079434047G 1 55140670

RUNT Transporte

Realizar otra consulta

Consulta Automotores

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:	VSB50G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031039911	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:	9FL25AF33RDL32665	NÚMERO DE MOTOR:	AF3AR12E6185
NÚMERO DE CHASIS:	9FL25AF33RDL32665	NÚMERO DE VIN:	9FL25AF33RDL32665
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	05/02/2024
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
8120608601	01/02/2024	01/02/2024	31/01/2025	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: 13/11/2024

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-FEC1-63951 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA

HISTORIA No. 1125178995

GLOSA No: ZGL-1-48965 **SINIESTRO:** 63951

Recibido!
15 de Noviembre del 2024
20313269
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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante"

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21712- TORAX

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	626500.00	

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: 13/11/2024

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-FEC1-63951 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es BUITRON RAMOS DEISY VIVIANA

HISTORIA No. 1125178995

GLOSA No: ZGL-1-48965 **SINIESTRO:** 63951

>> 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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante"

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21712- TORAX

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	626500.00	

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	626500.00	

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 DOLOR EN HEMITORAX DERECHO CON INADECUADA 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 3: 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 E LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS INICIALES EL PACIENTE PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE FLANCOS BILATERALES. 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 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: COR-CLORURO-BOLS CLORURO SODIO AL 0,9X100ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	3758.00	

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	3758.00	SOPORTE SALA DE CURACION - INSUMOS

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA LA REALIZACION DE LA CURACION EN ABRASIONES QUE LA 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.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,422,316.00
VALOR GLOSADO :	1587058.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1587058.00
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

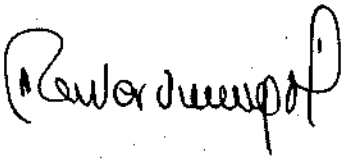
No.	20306953	**No.**	200124	**Siniestro**	90758547	**No. Factura**	FEC163951
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	15/08/2024	**Fecha aviso**	16/08/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	812060860	**Vigencia**	01/02/2024 **hast** 31/01/2025
Id tomador	1083840721	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	1125178995	**Nombre**	DEISY VIVIANA BUITRON RAMOS				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	S500					**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	21715	ABDOMEN TOTAL	NO SE RECONOCE 21715 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER ESTUDIADAS CON ECOGRAFÍA. / NO SE RECONOCE 21712 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER ESTUDIADAS CON RX.	100%, 100%	946,500	946,500	0
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
2	38925	SALA DE OBSERVACIÓN	/	100%, 100%	233,400	0	233,400
2	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUÑECA), 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	39140	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA		100%	79,100	0	79,100
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			5,300	0	5,300
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 100ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN. P	100%	29,116	3,758	25,358
1	21712	TÓRAX	NO SE RECONOCE 21712 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER ESTUDIADAS CON RX	100%	626,500	626,500	0

1001	Cobrado	2,422,316
1002	Obj. Parcial	1,587,058
1003	Liquidado	835,258

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida

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



La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:09:43 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163951

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8dd33f7d8949cf923452f783caf1511e776dd5ca12db2ee003edc9270ae2aa154bb690244de90f7ea3b8e36ff092b37d

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2422316

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-18 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
9f051957256d52abf1d103b740d72a48613022215d49edb0556f7ebb7ea715653d6b55d6d68ec5e131e10477a227a709

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 01:12:26.000 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. FEC163951

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8dd33f7d8949cf923452f783caf1511e776dd5ca12db2ee003edc9270ae2aa154bb690244de90f7ea3b8e36ff092b37d

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

CUDE:
4a0633e826251a522ce95a768af8e9716430e9a57279b6081c8e8064f742f51a15686357bffaa2b5af8857a81bffcff5

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 01:27:55.000 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:
e9b4ab44b467371f92ced4b567c7e7a7d33d4e68b198f495109a89a26063c56b715726ab7790f2c96e752804a51b00a3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:52:48.000 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

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:09:43 AM
Página: 3

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163951

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8dd33f7d8949cf923452f783caf1511e776dd5ca12db2ee003edc9270ae2aa154bb690244de90f7ea3b8e36ff092b37d

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
55e246bc758c7fd8ea28590f71bde440f760e1c0c350b27083881acc9650933587797496bdb9da644458cf93a186ae10

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:52:58.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.18	17:20:18	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63995

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

NIT: 860028416 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO — EVENTO — URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 175030

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.02.17 - 23:20	2024.02.18 - 11:46

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: DE - 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI EDAD : 21 Años

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO HOBO TELEFONO: 3125883054

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											
	APOSITOS ESTERILES PAQUETES								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								16	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	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								3	600	1,800
	VENDA ELASTICA 5"X5								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927267-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19996775-01	ISODINE SOLUCION								20	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								20	0	0
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	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.18	873121		OAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.18	873121		OAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.18	873121		OAR				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 DE 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: 2023-12-21 por una vigencia de: 12 Meses

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

Cufe: 65888bbba0c809aba13e46afad7521e727f347379c58c31d76ed735f8f5a30533f2c8b450fe6cd1f0f72630cf8368fb

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!
7 de Octubre del 2024
20306955

34

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 ,2024.09.18	17:20:18	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63995

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
CONTRATO/PLAN
001 02 SOAT 50% DESC

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 175030
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.02.17 - 23:20
FEC-HORA EGRESO: 2024.02.18 - 11:46

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: DE - 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI
EDAD : 21 Años
DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO HOBO
TELEFONO: 3125883054
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											
	APOSITOS ESTERILES PAQUETES								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								16	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	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								3	600	1,800
	VENDA ELASTICA 5"X5								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-08	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19996775-01	ISODINE SOLUCION								20	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								20	0	0
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	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.02.18	873206		OAR				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.18	873121		OAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.18	873121		OAR				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.02.18	873121		OAR				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

Cufe: 65888bbba0c809aba13e46afad7521e727f347379c58c31d76ed735f8f5a30533f2c8b4500ef55b1f0f72630cf8368fb

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 837 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.16	17:20:18	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63995

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	2024.02.18	873121		OAR				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.02.18	879111		OAR				1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.02.18	879131		OAR				1	758,200	758,200
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.02.18	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.02.18	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.02.18	903841						1	20,700	20,700
19749	NITROGENO UREICO	2024.02.18	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.02.18	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.02.18	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.02.18	890402		CCE				1	79,100	79,100
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.02.18	890701		OAR				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.02.18	S22101		CLO				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	2,993,866	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,993,866

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.18 05:20:67 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: 65888bbba0c809aba13e46afad7521e727f347379c58c31d76ed735f8f5a30533f2c8b4500ef55b1f0f72630cf8368fb

33

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:	63995
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,753,682
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 240,184
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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

ONT

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- 63995

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
SARMIENTO	GALINDO

1er.Nombre	2do.Nombre
EDWIN	DEYVI

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE [X] No. Documento: 30817363

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 07/12/2002 Sexo: F [X] M O

Direccion: VEREDA PUERTO MOMICO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125883054

Municipio: HOBO Cod. 349

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

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

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

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 71 + 800 METROS VIA GARZON NEIVA

Fecha Evento/Accidente: 17/02/2024 Hora: 19:00

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA QTC87F, 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: QTC87F

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 8109943900 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 06/05/2023 Hasta: 05/05/2024

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

PILLIMUE	LIZCANO
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
ALVARO	
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 83163393

Direccion: VEREDA PUERTO MOMICO

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Telefono: 3125883054 Total Folios: 0

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

SARMIENTO	GALINDO
1er.Apellido	2do.Apellido
EDWIN	DEYVI
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [ ] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [X] DE — No. Documento 30817363

Direccion: VEREDA PUERTO MOMICO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125883054

Municipio: HOBO Cod. 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: 17/02/2024 a las 20:20

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HUILA-HOBO Codigo de inscripcion: 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 Telefono: 8384053

Profesional que Remite: EDWEN TARSILIO GALARCIO Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 17/02/2024 a las 20:35

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 RODRIGUEZ 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: 17/02/2024 a las 23:20

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagnostico definitivo de Ingreso
S007 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA

Diagnostico relacionado de Ingreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Fecha de Egreso: 18/02/2024 a las 11:46

Diagnostico presuntivo de Egreso
T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagnostico definitivo de Egreso
S007 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA

Diagnostico relacionado de Egreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

OSCAR	ALEXIS
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
RODRIGUEZ	MENESES
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 1031151920

N·mero de Registro de Medico 1031151920

36

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	2993866	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 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. 62552

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.02.17 — HORA DE INGRESO: 23:20
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.02.18 — HORA DE EGRESO: 11:46
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T019 - HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
CONFIRMADO: S007 - TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S600 - CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.02.18-00:27:43 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 QTC87F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 23+21
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE HOBO, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO, REFIEREN PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA POR TIEMPO INDETERMINADO.

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: 177 PESO: 65 IMC: 21 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, EDEMA FACIAL IZQUIERDO CON SEVERO DOLOR A LA PALPACION DE MACIZO FACIAL.
<<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

32

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS
<<GENITOURINARIO>>
NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS
<<PELVIS>>
SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA EN LAS 4 EXTREMIDADES, PULSOS DISTALES POSITIVOS, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN: HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA; ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, RODILLAS, PIE IZQUIERDO.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++),
<<PIEL>>
HERIDA ABULSIVA IRREGULAR AFRONTADA EN REGION CILIAR IZQ DE 5 CM, HERIDA EN PABELLON AURICULAR IZQ EN LA UNIO DEL HELIX DE 2CM, HERIDA COMPLEJA PROFUNDA EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTIVO DE 10 CM APROXIMADAMENTE.
ABRASIONES SUCIAS EN: HEMICARA IZQUIERDA CON COMPROMISO DE OREJA, CARA LATERAL DERECHA DE ABDOMEN; HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA; ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, RODILLAS.
<<FANERAS>>
NORMALES

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR NEUROCX, ORTOPEDIA Y CX PLASTICA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA

TAC DE CARA
TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
- NVO

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

- 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 NEUROCX, CX PLASTICA Y ORTOPEDIA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA CONSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN RECOMENDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**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 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: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.02.18-00:48:32 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: 00:28 / 00:32 DURACION: 00:04

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 HEMICARA IZQUIERDA+MUÑECA IZQUIERDA DEDSO DE LA MANO IZQUIERDA +AMBAS RODILLAS+CODO DERECHO+HOMBRO IZQUIERDO+HERIDAS EN CEJA IZQUIERDA SUTURADA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION+HERIDA EN PLANTA D EL PIE 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 10000CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 20CC + 20CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO EN HERIDAS DEJANDO HERIDA E N CEJA LIMPIA S CUBIERTA CON

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

GASA+ MICROPORE +HERIDA EN PLANTA DEL PIE IZQUEIRDO CUBIRTA CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO COMPRESIVOSIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 24.02.18-01:34:26 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE CARA: FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO, HEMOSENO DERECHO.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO HEMATOMAS, NO HEMORRAGIA, LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS DE LA BASE PERMEABLES, FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

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

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

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

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

***** FECHA: 24.02.18-01:35:24 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
POR HALLAZGOS EN TAC DE CARA, SS VALORACION POR CX MAXILOFACIAL.

***** FECHA: 24.02.18-02:17:30 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:14850, NEUT:72.3, LINF:20.2, HGB:15.3, HTO:44.8, PLAQ:238.000
BUN:17, GLUCOSA:94, CREATININA:0.8
PT:14.5, INR:1.0, PTT:31

29

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

LEVE LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GLICEMIA ALEATORIA NORMAL.

*** FECHA: 24.02.18-08:00:42 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMAS MULTIPLES
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA; ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, RODILLAS, PIE IZQUIERDO. ADICIONALMENTECURSA CON HERIDA ABULSIVA IRREGULAR AFRONTADA EN REGION CILIAR DE 5 CM, HERIDA COMPLEJA PROFUNDA EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTIVO DE 10 CM APROXIMADAMENTE. ABRASIONES SUCIAS EN: HEMICARA IZQUIERDA CON COMPROMISO DE OREJA, CARA LATERAL DERECHA DE ABDOMEN; HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA; ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, RODILLAS.
NEUROVASCULAR NORMAL

ESTUDIOS DE IMAGENES:
TAC DE CARA: FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO, HEMOSENO DERECHO.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO HEMATOMAS, NO HEMORRAGIA, LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS DE LA BASE PERMEABLES, FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

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

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

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

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

DX:
1.HERIDA COMPLEJA EN ELPIE IZQUIERDO
2. MULTIPLESABRASIONES CONTAMINADAS.
3.TRAUMA CRANEOENCEFALICO GLASGOW 15/15
4.HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA.
5.FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO

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

EPICRISIS No. 62552

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PLAN: REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORTOPEDIA.
PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA, MAXILOFACIALY CIRUGIA PLASTICA

*** FECHA; 24.02.18-10:18:28 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)*

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

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA

PACIENTE QUE REFIERE PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO COMO CONDUCTOR DICE PRESENTA PERDIDA DE CONSCIENCIA ANTES DEL ACCIDENTE POR TIEMPO NO DETERMINADO. DICE PRESENTA CONVULSIONES DESDE LOS 15 AÑOS Y QUE ALGUNA VEZ TOMABA MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES PERO NO LOS TOMA Y NO TIENE SEGUIMIENTO. REFIERE SE ENCUENTRA SIN CEFALEA Y NO HA TENIDO EMESIS DURANTE EVOLUCION,

AL EF
ALERTA, G 15/15, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, PINRAL, SIMETRIA FACIAL , NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO ROT SIMETRICOS, NO DOLOR A LA PALPACION SOBRE ESPINOSAS CERVICO DORSO LUMBARES. ABRASIONES FACIALES Y EN EXTREMIDADES

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

A. PACIENTE SIN SIGNOS CLINICOS NI RADIOLOGICOS DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA, SIN LESIONES TOMOGRAFICAS POR TRAUMA SIN DETERIORO NEUROLOGICO DURANTE OBSERVACION POR LO CUAL SE DECIDE DAR ALTA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA (EN CASO DE DOLOR DE CABEZA, NAUSEAS, VOMITO, PERDIDA DE FUERZA O SENSIBILIDAD, SOMNOLENCIA CONSULTAR POR URGENCIAS). DEBIDO A EPILEPSIA NO CONTROLADA REQUIERE SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA CLINICA DE LA EPS, CON TOMA DE IRM CEREBRAL SIMPLE Y ELECTROENCEFALOGRAMA POR LA EPS.

DIAGNOSTICO
TCE LEVE

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA CLINICA DE FRACTURAS

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.

27

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

EPICRISIS No. 62552

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

- 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).
- HEMORRAGIA 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 CONDUCIR MOTOCICLETA HASTA TENER CONTROL DE EPILEPSIA

*** FECHA: 24.02.18-11:06:10 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN ES VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIEN SE DECIDE DAR ALTA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA (EN CASO DE DOLOR DE CABEZA, NAUSEAS, VOMITO, PERDIDA DE FUERZA O SENSIBILIDAD, SOMNOLENCIA CONSULTAR POR URGENCIAS). DEBIDO A EPILEPSIA NO CONTROLADA REQUIERE SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA CLINICA DE LA EPS, CON TOMA DE IRM CEREBRAL SIMPLE Y ELECTROENCEFALOGRAMA POR LA EPS.
SE LEDAN RECOMENDACIONES DELTRAUMA CRANEOENCEFALICO.
PENDIENTE MANEJO POR ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL Y CIRUGIA PLASTICA.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

IRM CEREBRAL SIMPLE POR EPS Y ELECTROENCEFALOGRAMA POR LA EPS.

** OTROS:

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

USTED HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, NO EXISTIENDO EN EL MOMENTO ACTUAL SIGNOS DE AFECTACIÓN

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

** ORDENES MEDICAS:

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

** DEL EGRESO

***** FECHA: 24.02.18-11:46:29 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 DECIRUGIA POR PARTE DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA., TIENE PENDIENTE VALORACION POR MAXILOFACIAL

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-11:46:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S007 - TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA		
RELACIONADO 1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
RELACIONADO 2: S600 - CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)		

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

Dr. Oscar Rodriguez Meneses
Medico Cirujano General
T.P. 1031-151.920
HUILA

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

24

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 175030

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -175030 **Fecha** 2024/02/18

Nombre Paciente: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI - 30817363 **Edad:** 21 **Sexo:** M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S007-TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA
2. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S600-CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
5. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
6. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

Diagn%sticos Definitivos:

1. S007-TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA
2. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S600-CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
5. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
6. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

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 HEMICARA IZQUIERDA+MUÑECA IZQUIERDA DEDSO DE LA MANO IZQUIERDA +AMBAS RODILLAS+CODO DERECHO+HOMBRO IZQUIERDO+HERIDAS EN CEJA IZQUIERDA SUTURADA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION+HERIDA EN PLANTA D EL PIE 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 10000CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 20CC + 20CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO EN HERIDAS DEJANDO HERIDA E N CEJA LIMPIA S CUBIERTA CON GASA+ MICROPORE +HERIDA EN PLANTA DEL PIE IZQUEIRDO CUBIRTA CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO COMPRESIVOSIN 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,18-Feb-2024 09:04:4

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:** 2024.02.1 23:20
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 21 Años **Fecha Egreso :**
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI 1 NIVEL I HOBO VEREDA PUERTO 3125883054

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.02.18	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	20.00
2024.02.18	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	20.00
2024.02.18	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	2.00
2024.02.18	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	16.00
2024.02.18	CLI	APOSITOS	APOSITOS ESTERILES PAQUETES	CLO	2.00
2024.02.18	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00
2024.02.18	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	CLO	1.00
2024.02.18	ZMQ	VENDA 5	VENDA ELASTICA 5"X5	CLO	1.00

PACIENTE: 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **EDAD:** 21

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **TELEFONO:** 3125883054

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-61742 **FECHA SINIESTRO:** 2024.02.17 **Nº POLIZA:** 8109943900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 18 de febrero de 2024						
00:28:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	DIS1	
00:28:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	DIS1	
00:28:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
00:28:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	
00:28:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	
08:28:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:28:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:28:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:28:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	VAC1	
08:28:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
08:28:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
08:28:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 30.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202402180002

SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVY — **202402180002**

Documento	: CC30817363	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2003-02-18	Edad	: 21 Años	Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso : 2024-02-18 01:31:06 am	F. Impreso : 2024-02-18 01:43:51 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	14.85	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	5.06	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	15.3	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	44.8	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	88.5	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	30.3	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.3	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	238	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	72.3	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	20.2	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	7.0	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	0.50	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	10.73	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.99	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	1.05	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.08	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	9.7	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	41.3	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.7	%	11.5 - 14.5
PDW	15.3		
PCT	0.230	%	

Firma Digital: DIANA EUGENIA HERNANDEZ

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106916

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	17.00	mg/dl	9.00 - 20.00
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.	94.0	mg/dl	74.0 - 106.0
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.8	mg/dl	0.7 - 1.3

20

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

Informe preliminar

202402180002

SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVY — **202402180002**

Documento	: CC30817363	**Género**	: Masculino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2003-02-18	**Edad**	: 21 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-02-18 01:31:06 am	**F. Impreso** : 2024-02-18 01:43:51 am

Firma Digital: DIANA EUGENIA HERNANDEZ

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106916

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	14.50	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	31.00	seg	22.00 - 38.00
INR.	1.00		

Firma Digital: DIANA EUGENIA HERNANDEZ

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106916

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

CERTIFICACION

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

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los seis (06) días del mes de febrero de 2024.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

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

16

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
4c5c1e12725f12ba9ea25d1bbae0747037c16393fe2687ec830b7cfb13d445e68b86951b62baaf216bf32a9528f3dd4e

Número de Factura: FE-10324
Fecha de Emisión: 06/03/2024
Fecha de Vencimiento: 05/04/2024
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				
NO.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 12.815.550,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 12.815.550,00

Notas Finales

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

17

Datos Totales

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

SUBTOTAL	12.815.560,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12.815.560,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total Impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	12.815.560,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	12.815.560,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ

NIT: 900422862-8

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

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

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

202402170038	CLINICA DE FRACTURAS	36306357	YANDRY	MAGALY	VARGAS	ROJAS	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
CARMEN RUTH MOTTA ROJAS										
202402180001	CLINICA DE FRACTURAS	26512179	CARMEN	RUTH	MOTTA	ROJAS	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202402180001	CLINICA DE FRACTURAS	26512179	CARMEN	RUTH	MOTTA	ROJAS	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202402180001	CLINICA DE FRACTURAS	26512179	CARMEN	RUTH	MOTTA	ROJAS	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202402180001	CLINICA DE FRACTURAS	26512179	CARMEN	RUTH	MOTTA	ROJAS	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202402180001	CLINICA DE FRACTURAS	26512179	CARMEN	RUTH	MOTTA	ROJAS	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202402180001	CLINICA DE FRACTURAS	26512179	CARMEN	RUTH	MOTTA	ROJAS	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
EDWIN DEYVI SARMIENTO GALINDO										
202402180002	CLINICA DE FRACTURAS	30817363	EDWIN	DEYVI	SARMIENTO	GALINDO	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202402180002	CLINICA DE FRACTURAS	30817363	EDWIN	DEYVI	SARMIENTO	GALINDO	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202402180002	CLINICA DE FRACTURAS	30817363	EDWIN	DEYVI	SARMIENTO	GALINDO	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202402180002	CLINICA DE FRACTURAS	30817363	EDWIN	DEYVI	SARMIENTO	GALINDO	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202402180002	CLINICA DE FRACTURAS	30817363	EDWIN	DEYVI	SARMIENTO	GALINDO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202402180002	CLINICA DE FRACTURAS	30817363	EDWIN	DEYVI	SARMIENTO	GALINDO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
WILFREDO ZAPATA RUIZ (NN NN NN)										
202402180003	CLINICA DE FRACTURAS	71194420	WILFREDO		ZAPATA	RUIZ	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202402180003	CLINICA DE FRACTURAS	71194420	WILFREDO		ZAPATA	RUIZ	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700

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

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION: 24.03.08
HORA: 09:05:51
PAGINA No: 1

Numero: 87282 Fecha Ex. 18/02/24 Hora 15:48
Nombre Paciente: 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI
Dirección: VEREDA PUERTO MOMICO Telefono:3125883054 Edad:21 A Sexo:M
Medico: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE CARA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

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

RADIOGRAFIA DE 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 PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

***HALLAZGOS**

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay moderado edema de los tejidos blandos del pie.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

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

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

***HALLAZGOS**

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

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

***HALLAZGOS**

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

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

12

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.03.08
HORA:	09:05:51
PAGINA No:	2

Numero: 87282 Fecha Ex. 18/02/24 Hora 15:48
Nombre Paciente: 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI
Dirección: VEREDA PUERTO MOMICO Telefono:3125883054 Edad:21 A Sexo:M
Medico: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE CARA Prioridad: ALTA

LECTURA

*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.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región
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.

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.
Hay imagen compatible con sinusopatía versus hemo seno, correlacionar.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

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

FECHA EMISION:	24.03.08
HORA:	09:05:51
PAGINA No:	3

FIRMA _____

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

12

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, 17-02-24

Señores EQUIDAD
Ciudad NEIVA

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

Yo EDWIN DEYVI SARMIENTO GALINDO identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 30817363, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad EQUIDAD, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT ☑, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

Edwin

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
202402170008 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 17 MES 02 AÑO 2024 Autorización: 1
No. de Historia Clínica DE30817363
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
EDUIN DEYVI	GALINDO	SARMIENTO	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 30817363
Dirección PUERTO MOMICO Teléfono 3125883054 Edad 21 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural __
Lugar y Fecha de Nacimiento - 07/12/2002
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso
D 17 M 02 A 2024
Fecha de Egreso
D 17 M 02 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		Médico que Remite	
Nivel de Competencia	X	Nombre	EDWEN TARSILIO ALMANZA GALARCIO
No hay Recurso Humano		Firma y Sello	
No hay Equipo			
Petición Voluntaria			
Otro			
		C.C	6861641
		Registro Médico	15426

ANTECEDENTES: Usuario, 21 años, QX (-), Patológicos: (-), Farmacológicos (-), Familiares (-), (Otros (-), Gr-RH: No recuerda. TOMA DEL CASO: Usuario, previa encuesta epidemiológica sobre síntomas Covid-19 y/o dengue, contacto estrecho y/o confirmatorio de Covid-19 y/o dengue como de viaje en los últimos 15 días negativo. Ingresa al servicio de emergencia para valoración de, accidente de tránsito cuando conducía moto en movimiento (Area Rural, Km. 71+800 vía Garzón - Neiva). Traído al servicio de emergencia del Hospital de Hobo-Huila por ambulancia de la institución. Usuario con trauma en cabeza región frontal izquierda y herida región celar del mismo lado con componente ocular del mismo lado (equimosis y edema párpado inferior). El accidente de tránsito fue hoy (II-17-24) a las 19:00pm. Pérdida transitoria del estado de conciencia. No recuerda momentos del accidente. Encontrado en la vía tirado en el suelo. EXAMEN MEDICO GENERAL: Buen estado general, con patrón respiratorio normal. No estado de alicoramiento. CABEZA-CUELLO: No masas. Tiroides normal. No ganglios. Tumefacción región frontal izquierda, con herida región celar sin deformidad como tampoco hundimiento craneal. Compromiso de piel y tejido celular sub-cutáneo. OJOS: No lagrimeo. Pupilas reactivas a la luz. No midriasis. No congestión conjuntiva. ORL: Mucosas húmedas, saliva no filante. Congestión Faríngea. Recubrimiento posterior con edema y granulación, sin exudado purulento en amigdalas. Oídos: Tímpanos integros y no congestivos. Nariz: No Rinorrea. No congestión. TORAX-CARDIOPULMONAR. No signos de dificultad para respirar (Tiraje supra-esternal y Sub-costal). No soplo. No Taquicardia. Buena ventilación pulmonar. Cicatriz quirúrgica en tórax. ABDOMEN: Blando sin masas. No dolor. No hernias. No distensión. No timpánico. GU: Normal. EXTREMIDADES: No atrofia muscular. Llenado capilar dedos manos <2seg. Herida región plantar pie izquierdo. Compromiso de piel y tejido celular subcutáneo. NEUROMUSCULAR. Consciente, alerta. No déficit motor ni sensitivo. PIEL-FANERA: Múltiples laceraciones en cabeza y extremidades superiores e inferiores. OPINION: Usuario con TCE leve a moderado, herida región celar izquierda, herida región plantar pie izquierdo, justifica valoración por medicina especializada. URGENCIAS: ORTOPEDIA.

Nivel de Competencia

Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1	X	2		3		4	

8

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 20:20 Hora 20 Minutos 20

Nombre de la persona que solicita la Remisión

EDWEN TARSILIO ALMANZA GALARCI (MEDICINA)

Hora Confirmación 20:20 Hora 20 Minutos 20

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

Edwen Tarsilio Almanza Galarcio

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	S019
HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	S913

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

ANTECEDENTES: Usuario, 21 años, QX (-), Patológicos: (-), Farmacológicos (-), Familiares (-), (Otros (-), Gr-RH; No recuerda, TOMA DEL CASO: Usuario, previa encuesta epidemiológica sobre síntomas Covid-19 y/o dengue, contacto estrecho y/o confirmatorio de Covid-19 y/o dengue como de viaje en los últimos 15 días negativo, Ingresa al servicio de emergencia para valoración de, accidente de tránsito cuando conducía moto en movimiento (Area Rural, Km. 71+800 vía Garzón - Neiva). Traído al servicio de emergencia del Hospital de Hobo-Huila por ambulancia de la institución. Usuario con trauma en cabeza región frontal izquierda y herida región celar del mismo lado con componente ocular del mismo lado (equimosis y edema párpado inferior). El accidente de tránsito fue hoy (ll-17-24) a las 19:00pm. Pérdida transitoria del estado de conciencia. No recuerda momentos del accidente. Encontrado en la vía tirado en el suelo. EXAMEN MEDICO GENERAL: Buen estado general, con patrón respiratorio normal. No estado de alicoramiento. CABEZA-CUELLO: No masas. Tiroides normal. No ganglios. Tumefacción región frontal izquierda, con herida región celar sin deformidad como tampoco hundimiento craneal. Compromiso de piel y tejido celular sub-cutáneo. OJOS: No lagrimeo. Pupilas reactivas a la luz. No midriasis. No congestión conjuntiva. ORL: Mucosas húmedas, saliva no filante. Congestión Faríngea. Recubrimiento posterior con edema y granulación, sin exudado purulento en amígdalas. Oídos: Timpanos íntegros y no congestivos. Nariz: No Rinorrea. No congestión. TORAX-CARDIOPULMONAR. No signos de dificultad para respirar (Tiraje supra-esternal y Sub-costal). No soplo. No Taquicardia. Buena ventilación pulmonar. Cicatriz quirúrgica en tórax. ABDOMEN: Blando sin masas. No dolor. No hernias. No distensión. No timpánico. GU: Normal. EXTREMIDADES: No atrofia muscular. Llenado capilar dedos manos <2seg. Herida región plantar pie izquierdo. Compromiso de piel y tejido celular subcutáneo. NEUROMUSCULAR. Consciente, alerta. No déficit motor ni sensitivo. PIEL-FANERA: Múltiples laceraciones en cabeza y extremidades superiores e inferiores. OPINION: Usuario con TCE leve a moderado, herida región celar izquierdo, herida región plantar pie izquierdo, justifica valoración por medicina especializada. URGENCIAS: ORTOPEDIA.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
120/78	78	36.00	20	170.0	70.00	

Hallazgos del Examen Físico

Normal ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, **Cabeza:**Anormal Trauma y edema región frontal izquierda sin deformidad ni hundimiento craneal. Herida región celar izquierdo. Compromiso de piel y tejido celular subcutaneo. Múltiples laceraciones en cara - **Cuello:**Normal - **Torax:**Normal - **Abdomen:**Normal - **G/U:**Normal - **Extremidades:**Anormal Múltiples laceraciones extremidades superiores e inferiores. Herida en región plantar pie izquierdo. - **Neurológico:**Normal - **Nariz:**Normal - **Oidos:**Normal - **Boca:**Normal - **Ojos:**Normal - **Piel:**Anormal Múltiples laceraciones. - **Ano:**Normal - **Osteomuscular:**Normal

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000215R1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02BD026701) DIPIRONA SOL INY 2 5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (00021136106) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015693) JERINGA 1 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM00031553) VENDA ELASTICA 6X5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (J01CA026722) AMPICILINA (SODICA) *Dosis:* 1; *Medicamento:* (J06AT019701) TOXOIDE TETANICO *Dosis:* 1;

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	S019
HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	S913

Observaciones o Sugerencias

Tratamiento: 1. Limpieza y desinfección de las heridas. 2. Sutura herida región cela r izquierda previo anestesia local. 3. Curación herida suturada. 4. Toxoide tetanico una ampolla IM 5. Ampicilina 2gr en buretrol (100cc) goteo 60 x minuto. 6. Remisión nivel superior de atención medica.

Impreso por:

ANA YAMITH MONTEALEGRE
AUXILIAR DE ENFERMERIA

6

Verificación de cédula de ciudadanos venezolanos

30817363 Buscar

Cédula: V-30817363

Nombre: EDWIN DEYVI SARMIENTO GALINDO

Estado: EDO. MIRANDA

Municipio: MP. PLAZA

Parroquia: PQ. GUARENAS

Centro: LICEO ALONSO ANDREA DE LEDEZMA

Dirección: URBANIZACIÓN ALEJANDRO OROPEZA CASTILLO DERECHA AVENIDA SUBIDA AL CDI. FRENTE CALLE PRINCIPAL. IZQUIERDA PROLONGACIÓN ESTACIONAMIENTO POLICIA MUNICIPAL ENTRADA URB OROPEZA CASTILLO GUARENAS EDIFICIO

Los datos mostrados son extraidos del registro nacional electoral de Venezuela. Tambien puede consultar desde Aquí

Regresar

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022396751

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
QTC87F	AKT	AK125NKD EIII	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	BLANCO NEGRO	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR
157FMITE253031

REG
N

VIN
9F2D5125XN5003308

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
9F2D5125XN5003308

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PILLIMUE LIZCANO ALVARO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 83163393

Escaneado con CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
90202100002183 4

I/E
I

FECHA IMPORT.
13/02/2021

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
02/03/2021

FECHA EXP. LIC. TTO.
02/03/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

UND MCPAL TTOYTTE PALERMO

LT07000642703

Escaneado con CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	HASTA AÑO MES DÍA
2023-05-05	2023-05-06		2024-05-05

equidad seguros

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8109943900	QTC87F	MOTOS	PARTICULAR	124	2022

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	AKT	

LÍNEA VEHÍCULO	No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
AK125NKD EIII	157FMITE293031	9F2D5125XN5003308	9F2D5125XN5003308	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ROJAS MOTTA, MARTHA PATRICIA	3124971490	CC	1079410922	HOBO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

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

TOTAL A PAGAR
$ 278200

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

TARIFA 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 debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la retención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•El lesionado resulte 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 e indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o a las otorgue en el futuro, así como novedades, reclamos y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, al cual consulto 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 misma y.

ELABORADO POR CALIFICADOR

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:	QTC87F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10022396751	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2022	COLOR:	BLANCO NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMITE293031
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D5125XN5003308	NÚMERO DE VIN:	9F2D5125XN5003308
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	02/03/2021
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí

(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
8109943900	05/05/2023	06/05/2023	05/05/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
4204649100	25/03/2022	26/03/2022	25/03/2023	120	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
80464079	27/02/2021	28/02/2021	27/02/2022	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-63995 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

HISTORIA No. 30817363

GLOSA No: ZGL-1-48985 **SINIESTRO:** 63995

Recibido!
15 de Noviembre del 2024
20313270

equidad seguros

>> 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 Y LIMITACION FUNCIONAL EN BRAZO 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: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 139400.00

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: 13/11/2024

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-FEC1-63995 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

HISTORIA No. 30817363

GLOSA No: ZGL-1-48985 **SINIESTRO:** 63995

>> 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 Y LIMITACION FUNCIONAL EN BRAZO 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: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	139400.00	

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	139400.00	

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 ANTEBRAZO IZQUIERDO Y DERECHO, SE TRATAN DE DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 3: 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	SOPORTE SALA DE CURACION - HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTO SUMINISTRADO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS DONDE SE EVIDENCIA EL USO DEL CLORURO DE SODIO 500ML, UNO EN SALA DE CURACION PARA LA LIMPIEZA DE ABRASIONES Y EL OTRO PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO EN SOLUCION. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR 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	600.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	600.00	HOJA DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS E INSUMOS

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.

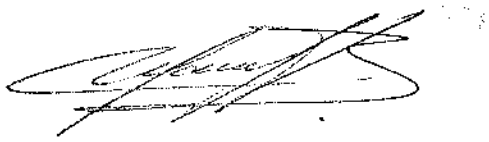
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- **ESTATUS ACTUAL:** VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:
SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,993,866.00
VALOR GLOSADO :	240184.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	240184.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20306955	**No.**	195149	**Siniestro**	90744701	**No. Factura**	FEC163995		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	17/02/2024	**Fecha aviso**	02/05/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024	
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	810994390	**Vigencia**	06/05/2023	**hast**	05/05/2024
Id tomador	1079410922	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	30817363	**Nombre**	EDUIN DEYVI GALINDO SARMIENTO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S800					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38124	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 RECONOCE DOS 21101 ANTEBRAZO BIALTERAL NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA. /	100%, 100%	418,200	139,400	278,800
4	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE UN 21102 BRAZO NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA. //	100%, 100%, 100%	361,600	90,400	271,200
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	19290	SUERO, ORINA Y OTROS		100%	19,800	0	19,800
1	19304	CUADRO HEMATICO 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	NITROGENO UREICO		100%	16,500	0	16,500
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
1	39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA		100%	79,100	0	79,100
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	EE. NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA $600		8,200	600	7,600
1	77701	MEDICAMENTOS	EE.NO SE RECONOCE (2) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN $9784, , , ,	100%	134,866	9,784	125,082

1001	Cobrado	2,993,866
1002	Obj. Parcial	240,184
1003	Liquidado	2,753,682

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 175030

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -175030 **Fecha** 2024/02/18

Nombre Paciente: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI - 30817363 **Edad:** 21 **Sexo:** M

Quien Realiza: CLO- CARMEN LIGIA OLAYA Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S007-TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA
2. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S600-CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
5. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
6. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S007-TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA
2. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S600-CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
5. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
6. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

Descripcion de las Intervenciones Realizadas:

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

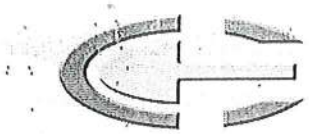
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN HEMICARA IZQUIERDA+MUÑECA IZQUIERDA DEDSO DE LA MANO IZQUIERDA +AMBAS RODILLAS+CODO DERECHO+HOMBRO IZQUIERDO+HERIDAS EN CEJA IZQUIERDA SUTURADA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION+HERIDA EN PLANTA D EL PIE 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 10000CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 20CC + 20CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO EN HERIDAS DEJANDO HERIDA E N CEJA LIMPIA S CUBIERTA CON GASA+ MICROPORE +HERIDA EN PLANTA DEL PIE IZQUEIRDO CUBIRTA CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO COMPRESIVOSIN COMPLICACION ALGUNA.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

23



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,18-Feb-2024 09:04:4

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: 2024.02.1 23:20

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 21 Años Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO

30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI 1 NIVEL I HOBO VEREDA PUERTO 3125883054

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.02.18	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	CLO	20.00
2024.02.18	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	CLO	20.00
2024.02.18	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	CLO	2.00
2024.02.18	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	CLO	16.00
2024.02.18	CLI	APOSITOS	APOSITOS ESTERILES PAQUETES	CLO	2.00
2024.02.18	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	CLO	1.00
2024.02.18	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	CLO	1.00
2024.02.18	ZMQ	VENDA 5	VENDA ELASTICA 5"X5	CLO	1.00

22

PACIENTE: 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **EDAD:** 21

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **TELEFONO:** 3125883054

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-61742 **FECHA SINIESTRO:** 2024.02.17 **Nº POLIZA:** 8109943900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 18 de febrero de 2024					
00:28:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
00:28:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	DIS1	
00:28:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	DIS1	
00:28:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	
00:28:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	
00:28:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	
08:28:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:28:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:28:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:28:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	VAC1	
08:28:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
08:28:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VAC1	
08:28:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 30.00

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:10:13 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163995

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
65888bbba0c809aba13e46afad7521e727f347379c58c31d76ed735f8f5a30533f2c8b4500ef55b1f0f72630cf8368fb

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2993866

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-18 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
afb394f277e52f174235c6d03cd90efa55fc30306ba293ecc6cb7eb7ed625bae2b4af575b2c5cfed560db4ccb981e3e0

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 05:20:57.000 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. FEC163995

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
65888bbba0c809aba13e46afad7521e727f347379c58c31d76ed735f8f5a30533f2c8b4500ef55b1f0f72630cf8368fb

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

CUDE:
61ecd5a0a6a4b63ea667c78038be9f76d088893056e5c10d6fc875ae1469d48f51c9c17b95d774dc808843b928f406de

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 05:35:01.000 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:
faf6611230b1b2883b44303b18d0d86ec64e0620addd633fe0b788cf3e437ba440afe3f6741ac93d7338570179b8f810

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:43:33.000 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 8 de 02 de 2025 a las 08:10:13 AM
Página: 3

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163995

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
65888bbba0c809aba13e46afad7521e727f347379c58c31d76ed735f8f5a30533f2c8b4500ef55b1f0f72630cf8368fb

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
9cd4c413e2ea2822652b678260743627a0cc187ae54d2ed2ea590f1f12f45051972dc665ec7203e93fe49d4165f8bfa3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:43:43.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.18	17:21:23	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63996

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

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 175038,175043

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.02.17 - 23:20	2024.02.19 - 09:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: DE - 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI EDAD : 21 Años Dias estancia 1

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO HOBO TELEFONO: 3125883064

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)	18-Feb-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HEO	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	18-Feb-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	18-Feb-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	18-Feb-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	18-Feb-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	18-Feb-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	18-Feb-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	18-Feb-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	18-Feb-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HEO	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	18-Feb-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	18-Feb-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	18-Feb-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HEO	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	18-Feb-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	18-Feb-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	18-Feb-2024	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	HEO	1	278,500	278,500
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	164,100	164,100
39118	GRUPO 07	18-Feb-2024	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	73,400	73,400
39209	GRUPO 07	18-Feb-2024	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	348,500	348,500
39303	GRUPOS 07 08 09	18-Feb-2024	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	346,900	346,900
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								6	1,000	6,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								2	0	0
016307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CA... ART. 774 867 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... 7 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-000... Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA...

Recibido!
7 de Octubre del 2024
20306957

Cufe: 1689cb4bbf522e77f74c9856486d74e6f777988915c94ff64beb2fade348d60245d4...7c5fd8c48c41fc0c99

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

48

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 ,2024.09.18	17:21:23	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63996

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 175038,175043
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | | 2024.02.17 - 23:20 | 2024.02.19 - 09:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: DE - 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI EDAD : 21 Años Dias estancia 1
DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO HOBO TELEFONO: 3125883054
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)	18-Feb-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HEO	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	18-Feb-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	18-Feb-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	18-Feb-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	18-Feb-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	18-Feb-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	18-Feb-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	18-Feb-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	18-Feb-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HEO	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	18-Feb-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	18-Feb-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	18-Feb-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HEO	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	18-Feb-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	18-Feb-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	18-Feb-2024	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	HEO	1	278,500	278,500
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	18-Feb-2024	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	164,100	164,100
39118	GRUPO 07	18-Feb-2024	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	73,400	73,400
39209	GRUPO 07	18-Feb-2024	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	348,500	348,500
39303	GRUPOS 07 08 09	18-Feb-2024	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
	ESTANCIAS										
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	346,900	346,900
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								6	1,000	6,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								2	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								8	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000

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

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

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

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

48

Cufe: 1689cb4bbf522e77f74c9856486d74e6f777988915c94ff64beb2fade348d60245d499d8ef4a2c7c5fd8c48c41fc0c99

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 ,2024.09.18	17:21:23	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63996

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	55,900	55,900
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	VENDA ALGODON 5X5								1	4,100	4,100
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	4,800	4,800
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908605	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
	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								2	600	1,200
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								3	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								7	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								420	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20087651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								420	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								4	250	1,000
19987766-01	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /20ML								10	0	0
19908969-02	RIFOCINA1% SOLUCION TOPICA X 20 ML								1	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								60	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								60	0	0
OTROS											
36100	CONSULTA ESPECIALIZADA	2024.02.18	890204				MIP		1	58,400	58,400
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.02.18	890202				HEO		1	61,200	61,200
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.02.18	890202				HJC		1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.02.18	890202				JHT		1	61,200	61,200

VALOR BRUTO:	7,174,924	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	7,174,924

SON: SIETE MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.18 05:22:08 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

47

Cufe: 1689cb4bbf522e77f74c9856486d74e6f777988915c94ff64beb2fade348d60245d499d8ef4a2c7cb5d8c48c41fc0c99

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:	63996
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 4,361,624
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,813,600
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 63996

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
SARMIENTO	GALINDO

1er.Nombre	2do.Nombre
EDWIN	DEYVI

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

No. Documento: 30817363

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 07/12/2002 Sexo: F M X O

Direccion: VEREDA PUERTO MOMICO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125883054

Municipio: HOBO Cod. 349

Condicion del accidentado: X Conductor ☐ Peaton ☐ Ocupante ☐ Ciclista

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito: X

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

Direccion de la Ocurrencia: KILOMETRO 71 + 800 METROS VIA GARZON NEIVA

Fecha Evento/Accidente: 17/02/2024 Hora: 19:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Zona: U R X

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA QTC87F, 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: QTC87F

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 8109943900 Cobro excedente Poliza Si ☐ No X

Vigencia de la Poliza: Desde: 06/05/2023 Hasta: 05/05/2024

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
PILLIMUE	LIZCANO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
ALVARO	

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] — **No. Documento** 83163393

Direccion: VEREDA PUERTO MOMICO

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: HOBO **Cod.** 349 **Telefono:** 3125883054 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
SARMIENTO	GALINDO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
EDWIN	DEYVI

Tipo de Documento: CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [X] — **No. Documento** 30817363

Direccion: VEREDA PUERTO MOMICO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3125883054

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remision: 17/02/2024 a las 20:20

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

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

Profesional que Remite: EDWEN TARSILIO ALMANZA GALARCIO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 17/02/2024 a las 20:35

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 RODRIGUEZ MENESES **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: 17/02/2024 a las 23:20

Diagnostico presuntivo de Ingreso

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagnostico definitivo de Ingreso

S007 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Fecha de Egreso: 19/02/2024 a las 09:32

Diagnostico presuntivo de Egreso

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagnostico definitivo de Egreso

S007 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA

Diagnostico relacionado de Egreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

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

Nmero de Registro de Medico 1031151920

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	7174924	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. 62552

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.02.17 — HORA DE INGRESO: 23:20
SERVICIO DE EGRESO: 2-HOSPITALIZACION — FECHA DE EGRESO: 2024.02.19 — HORA DE EGRESO: 09:32
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T019 - HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
CONFIRMADO: S007 - TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S600 - CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.02.18-00:27:43 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 QTC87F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 23+21
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE HOBO, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO, REFIEREN PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA POR TIEMPO INDETERMINADO.

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: 177 PESO: 65 IMC: 21 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, EDEMA FACIAL IZQUIERDO CON SEVERO DOLOR A LA PALPACION DE MACIZO FACIAL.
<<CUELLO>>
SIMÉTRICO, SIN DOLOR, NO LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SIGNOS DE TRAUMA
<<TORAX>>
NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
<<ABDOMEN>>
. BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS
<<GENITOURINARIO>>
NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS
<<PELVIS>>
SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA EN LAS 4 EXTREMIDADES, PULSOS DISTALES POSITIVOS, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN: HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA; ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, RODILLAS, PIE IZQUIERDO.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++),
<<PIEL>>
HERIDA ABULSIVA IRREGULAR AFRONTADA EN REGION CILIAR IZQ DE 5 CM, HERIDA EN PABELLON AURICULAR IZQ EN LA UNIO DEL HELIX DE 2CM, HERIDA COMPLEJA PROFUNDA EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTIVO DE 10 CM APROXIMADAMENTE.
ABRASIONES SUCIAS EN: HEMICARA IZQUIERDA CON COMPROMISO DE OREJA, CARA LATERAL DERECHA DE ABDOMEN; HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA; ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, RODILLAS.
<<FANERAS>>
NORMALES

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR NEUROCX, ORTOPEDIA Y CX PLASTICA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA

TAC DE CARA
TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
- NVO

45

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

- 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 NEUROCX, CX PLASTICA Y ORTOPEDIA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA CONSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN RECOMENDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**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 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: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.02.18-00:48:32 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: 00:28 / 00:32 DURACION: 00:04

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 HEMICARA IZQUIERDA+MUÑECA IZQUIERDA DEDSO DE LA MANO IZQUIERDA +AMBAS RODILLAS+CODO DERECHO+HOMBRO IZQUIERDO+HERIDAS EN CEJA IZQUIERDA SUTURADA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION+HERIDA EN PLANTA D EL PIE 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 10000CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 20CC + 20CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO EN HERIDAS DEJANDO HERIDA E N CEJA LIMPIA S CUBIERTA CON

44

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

GASA+ MICROPORE +HERIDA EN PLANTA DEL PIE IZQUEIRDO CUBIRTA CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO COMPRESIVOSIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 24.02.18-01:34:26 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE CARA: FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO, HEMOSENO DERECHO.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO HEMATOMAS, NO HEMORRAGIA, LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS DE LA BASE PERMEABLES, FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

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

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

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

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

***** FECHA: 24.02.18-01:35:24 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
POR HALLAZGOS EN TAC DE CARA, SS VALORACION POR CX MAXILOFACIAL.

***** FECHA: 24.02.18-02:17:30 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:14850, NEUT:72.3, LINF:20.2, HGB:15.3, HTO:44.8, PLAQ:238.000
BUN:17, GLUCOSA:94, CREATININA:0.8
PT:14.5, INR:1.0, PTT:31

43

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

LEVE LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GLICEMIA ALEATORIA NORMAL.

*** FECHA: 24.02.18-08:00:42 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMAS MULTIPLES
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA; ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, RODILLAS, PIE IZQUIERDO. ADICIONALMENTECURSA CON HERIDA ABULSIVA IRREGULAR AFRONTADA EN REGION CILIAR DE 5 CM, HERIDA COMPLEJA PROFUNDA EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTIVO DE 10 CM APROXIMADAMENTE. ABRASIONES SUCIAS EN: HEMICARA IZQUIERDA CON COMPROMISO DE OREJA, CARA LATERAL DERECHA DE ABDOMEN; HOMBRO, BRAZO CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA; ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, RODILLAS.
NEUROVASCULAR NORMAL

ESTUDIOS DE IMAGENES:
TAC DE CARA: FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO, HEMOSENO DERECHO.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO HEMATOMAS, NO HEMORRAGIA, LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS DE LA BASE PERMEABLES, FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

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

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

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

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

DX:
1.HERIDA COMPLEJA EN ELPIE IZQUIERDO
2. MULTIPLESABRASIONES CONTAMINADAS.
3.TRAUMA CRANEOENCEFALICO GLASGOW 15/15
4.HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA.
5.FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO

42

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PLAN: REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORTOPEDIA.
PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA, MAXILOFACIALY CIRUGIA PLASTICA

*** FECHA: 24.02.18-10:18:28 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)*

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

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA

PACIENTE QUE REFIERE PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO COMO CONDUCTOR DICE PRESENTA PERDIDA DE CONSCIENCIA ANTES DEL ACCIDENTE POR TIEMPO NO DETERMINADO. DICE PRESENTA CONVULSIONES DESDE LOS 15 AÑOS Y QUE ALGUNA VEZ TOMABA MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES PERO NO LOS TOMA Y NO TIENE SEGUIMIENTO. REFIERE SE ENCUENTRA SIN CEFALEA Y NO HA TENIDO EMESIS DURANTE EVOLUCION,

AL EF
ALERTA, G 15/15, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, PINRAL, SIMETRIA FACIAL , NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO ROT SIMETRICOS, NO DOLOR A LA PALPACION SOBRE ESPINOSAS CERVICO DORSO LUMBARES. ABRASIONES FACIALES Y EN EXTREMIDADES

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

A. PACIENTE SIN SIGNOS CLINICOS NI RADIOLOGICOS DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA, SIN LESIONES TOMOGRAFICAS POR TRAUMA SIN DETERIORO NEUROLOGICO DURANTE OBSERVACION POR LO CUAL SE DECIDE DAR ALTA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA (EN CASO DE DOLOR DE CABEZA, NAUSEAS, VOMITO, PERDIDA DE FUERZA O SENSIBILIDAD, SOMNOLENCIA CONSULTAR POR URGENCIAS). DEBIDO A EPILEPSIA NO CONTROLADA REQUIERE SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA CLINICA DE LA EPS, CON TOMA DE IRM CEREBRAL SIMPLE Y ELECTROENCEFALOGRAMA POR LA EPS.

DIAGNOSTICO
TCE LEVE

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA CLINICA DE FRACTURAS

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 D ADO 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. ÉL 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.

41

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

- 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).
- HEMORRAGIA 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 CONDUCIR MOTOCICLETA HASTA TENER CONTROL DE EPILEPSIA

*** FECHA: 24.02.18-11:06:10 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN ES VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIEN SE DECIDE DAR ALTA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA (EN CASO DE DOLOR DE CABEZA, NAUSEAS, VOMITO, PERDIDA DE FUERZA O SENSIBILIDAD, SOMNOLENCIA CONSULTAR POR URGENCIAS). DEBIDO A EPILEPSIA NO CONTROLADA REQUIERE SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA CLINICA DE LA EPS, CON TOMA DE IRM CEREBRAL SIMPLE Y ELECTROENCEFALOGRAMA POR LA EPS.
SE LEDAN RECOMENDACIONES DELTRAUMA CRANEOENCEFALICO.
PENDIENTE MANEJO POR ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL Y CIRUGIA PLASTICA.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

IRM CEREBRAL SIMPLE POR EPS Y ELECTROENCEFALOGRAMA POR LA EPS.

** OTROS:

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

USTED HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, NO EXISTIENDO EN EL MOMENTO ACTUAL SIGNOS DE AFECTACIÓN

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

** ORDENES MEDICAS:

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

*** FECHA: 24.02.18-11:46:29 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 DECIRUGIA POR PARTE DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA., TIENE PENDIENTE VALORACION POR MAXILOFACIAL

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA

39

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-11:46:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.02.18-11:57:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE URGENCIAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9

** EXASMEN FISICO:
NORMOCÉFALO HERIDA EN REGION CILIAR CUBIERTA CON MATERRIAL DE CURACCION
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.
TÓRAX SIN LESIONES.
VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
CORAZÓN RÍTMICO CIRCULATORIO SIN SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN NO SIGNOS DE TRAUMA SIN DOLOR.
PELVIS ESTABLE SIN SIGNOS DE TRAUMA.
NEUROLÓGICAMENTE ESTABLE ALERTA ORIENTADO SIN DÉFICIT.
EXTREMIDADES: HERIDA COMPLEJA PROFUNDA EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTIVO DE 10 CM APROXIMADAMENTE. IRREGULAR PERDIDA DE TEJIDO SANGRADO MODERADA SUCIA PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA RESTO DE EXTREMIDADES MÓVILES SIN DEFORMIDAD O LIMITACIÓN PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS.
PIEL: ABRASIONES EXTENSAS SUCIAS CON TATUAJE DE PAVIMENTO.

** ANALISIS PLAN:

PACIENTE ESTABLE SE PASA A SALAS DE CIRUGÍA PARA MANEJO DE LESIONES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PASA A SALAS DE CIRUGÍA.

*** FECHA: 24.02.18-11:58:07 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

36

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-11:57:59 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.02.18-11:58:27 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE URGENCIAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9

** EXASMEN FISICO:
NORMOCÉFALO HERIDA EN REGION CILIAR CUBIERTA CON MATERRIAL DE CURACCION
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.
TÓRAX SIN LESIONES.
VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
CORAZÓN RÍTMICO CIRCULATORIO SIN SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN NO SIGNOS DE TRAUMA SIN DOLOR.
PELVIS ESTABLE SIN SIGNOS DE TRAUMA.
NEUROLÓGICAMENTE ESTABLE ALERTA ORIENTADO SIN DÉFICIT.
EXTREMIDADES: HERIDA COMPLEJA PROFUNDA EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTIVO DE 10 CM APROXIMADAMENTE. IRREGULAR PERDIDA DE TEJIDO SANGRADO MODERADA SUCIA PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA RESTO DE EXTREMIDADES MÓVILES SIN DEFORMIDAD O LIMITACIÓN PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS.
PIEL: ABRASIONES EXTENSAS SUCIAS CON TATUAJE DE PAVIMENTO.

** ANALISIS PLAN:

PACIENTE ESTABLE SE PASA A QUIRÓFANO PARA MANEJO DE LESIONES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PASA A QUIRÓFANO.

*** FECHA: 24.02.18-12:40:06 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO

37

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

MEDICO CIRUJANO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JHOAN ALBEIRO BAZAN
INSTRUMENTADOR(A): PAOLA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 12:00 / 12:30 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS :

SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

No. DESCRIPCION: 17551
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
EXTENSION DE LA LESION PREEXISTENTE A 12 CM EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO

HALLAZGOS:
HERIDA CORTOCONTUDA DE +-10CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO DESBRIDAMIENTO DE HERIDA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A 12 CM . SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO. ENSEGUIDA SE PRACTICO SUTURA EN 2 PLANOS. SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO + ESPARADRAPO.
NO COMPLICACIONES.
SANGRADO 100ML.

*** FECHA: 24.02.18-15:10:43 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

POLIOTRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
DOLOR EN DEIFERENTES PARTE DEL CUERPO DEPENDEITEN DE TEJIDOS BLANDOS

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36 TALLA: 167 PESO: 65 IMC: 23

36

**EXASMEN FISICO:

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

EPICRISIS No. 62552

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

ALERTA, AFEBRIL, HIDRTADO BUEN ESTADO GENERAL
ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA, HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS HERIDA EN PABELLON AURICULAR IZQ DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS NO SIGNOS DE FRACATURAS
HERIDAS MULTIPLES EN 1/3 PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS, ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS CADERA DERECHA Y RODILLA ESTODE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

** ANALISIS PLAN:
IDX
1. HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS
2. HERIDA DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS
3. HERIDAS MULTIPLES EN 1/3 PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS
4. ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA
5. ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS CADERA DERECHA Y RODILLA

PLAN:
1. DERMOABRASION PARICAL CARA
2. SUTURA DE HERIDA EN CARA
3. COLGAJO DE PIEL REGIONAL
4. DERMOABRASION ARA GENERAL
5. PENDIENTE DE PASAR A SALAS DE CIRUGIA

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-12:25:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.02.18-15:11:22 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

POLIOTRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
DOLOR EN DEIFERENTES PARTE DEL CUERPO DEPENDEITEN DE TEJIDOS BLANDOS

** SIGNOS VITALES:

35

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

TA: 120/70 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36 TALLA: 167 PESO: 65 IMC: 23

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRTADO BUEN ESTADO GENERAL
ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA, HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS HERIDA EN PABELLON AURICULAR IZQ DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS NO SIGNOS DE FRACATURAS
HERIDAS MULTIPLES EN 1/3 PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS, ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS CADERA DERECHA Y RODILLA
ESTODE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

** EVOLUCION:
IDX
1. HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS
2. HERIDA DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS
3. HERIDAS MULTIPLES EN 1/3 PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS
4. ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA
5. ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS CADERA DERECHA Y RODILLA

PLAN:
1. DERMOABRASION PARICAL CARA
2. SUTURA DE HERIDA EN CARA
3. COLGAJO DE PIEL REGIONAL
4. DERMOABRASION ARA GENERAL
5. PENDEINE DE PASAR A SALAS DE CIRUGIA

***** FECHA: 24.02.18-15:14:04 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROLD EDUARDO OLAYA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JHOAN ALBEIRO BAZAN
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 12:30 / 13:00 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: HAROLD EDUARDO OLAYA
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 4 MEDICO: HAROLD EDUARDO OLAYA
SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 3 MEDICO: HAROLD EDUARDO OLAYA

34

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 3 MEDICO: HAROLD EDUARDO OLAYA

No. DESCRIPCION: 17553
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
- HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS.
- HERIDA DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS.
- HERIDAS MULTIPLES EN TERCIO PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS.
- ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL, MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA.
- ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, ANTEBRAZOS, CADERA DERECHA Y RODILLA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

1. ASEPSIA ANTISEPSIA
2. CAMPOS QUIRURGICOS
3. LAVADO CON SSN + CLORHEXIDINA
4. DESBRIDAMIENTO DE LOS BORDES DE LAS HERIDAS Y TEJIDO DESVITALIZADO
5. POR VIA 1: DERMOABRASION PARCIAL CARA REGION FRONTAL Y REGION MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA.
7. POR VIA 2: DERMOABRASION AREA GENERAL EN REGION HOMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS, CADERA DERECHA Y RODILLA.

6. POR VIA 3: SUTURA DE PABELLON AURICULAR IZQUIERDA 2 CM EN BASE DE INSERCION DEL DEL HELIX PROLENE 5-0.
7. POR VIA 4: DESBRIDMEITNO DE TEJIDOS MACERADO EN TERCIO PROXIMAL POSTEIROR DEL ANTEBRAZO QUE DEFICIT DE COBERTURA DE 6X4 CM SE REALIZA COLGAJO DE PIEL REGIONAL SUTURA POR PLANOS CON VICRYL 3-0 Y PROLENE 4-0.
8. COBERTURA DE LAS ZONA DE DERMOABRASION CON RIFAMICINA
9. SIN COMPLICACIONES.

***** FECHA: 24.02.18-15:15:55 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, AHORA EN POP DE MANEJO DE LESIONES, PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN DEL POP, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 125/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y SEGUIMIENTO. SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** ANALISIS PLAN:
HOSPITALIZAR.

33

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

EPICRISIS No. 62552.

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 8 HORAS.
ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS.
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS.
SSN 0.9%, CONTINUAR A 40 CC HORA IV
- 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 ABRASIONES
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION NI DESTAPAR HERIDA.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

*** FECHA: 24.02.18-15:16:17 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 Hospitalizaci¢n SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-15:16:02 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.02.18-15:26:18 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
NOTA OPERATORIA
1. POLITRAUMA POR ACCIDENTE DE TRANSITO DE MOTOCICLETA
2. HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS
3. HERIDA DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS
4. HERIDAS MULTIPLES EN 1/3 PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS
5. ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA
6. ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS CADERA DERECHA Y RODILLA

CIRUJANO: HAROLD OLAYA - JOHAN BAZHAM
ANESTESIOLOGO: DR JESUS TOVAR
ANESTESIA: BLOQUEO
1. DERMOABRASION PARCIAL CARA
2. COLGAJO DE PIEL REGIONAL EN ANTEBRAZO DERECHO
3. SUTURA DE HERIDA EN CARA

32

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

4. DERMOABRASION AREA GENERAL

PLAN:

1. ALTA POR CIRUGIA PLASTICA SALIDA CON RECOMENDACIONES SEÑALES DE ALERTA, SOBRE INFECCION PARA QUE ASISTA POR URGENCIAS
2. CEFALEXINA 500 MG TAB # 28 TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS
3. NAPROXENO 250 MG TAB # 15 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS
4. RETIRO DE LOS PUNTOS EN 5 DIAS POR URGENCIAS DE HERIDA EN LA CARA Y EN LA OREJA LA HERIDA DEL ANEBRAZO EL RETIRO DE LOS PUNTOS ES EN 20 DIAS
5. FAVOR DAR CITA POR C EXT CX PLASTICA EN 15 DIAS
6. TOQUES DE MERCURIO CROMO O RIFAMICINA CADA 1 HORA POR 3 DIAS Y LUEGO APLICAR ACEITE DE GIRASOL CADA HORA HASTA QUE LAS COSTRAS CAIGAN SOLAS LUEGO PROTECCION SOLAR, BLOQUEADOR SOLAR
7. QUEDA EN MANEJO HOSPITALIZADO POR ORTOPEDIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

1. ALTA POR CIRUGIA PLASTICA SALIDA CON RECOMENDACIONES SEÑALES DE ALERTA, SOBRE INFECCION PARA QUE ASISTA POR URGENCIAS
2. CEFALEXINA 500 MG TAB # 28 TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS
3. NAPROXENO 250 MG TAB # 15 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS
4. RETIRO DE LOS PUNTOS EN 5 DIAS POR URGENCIAS DE HERIDA EN LA CARA Y EN LA OREJA LA HERIDA DEL ANEBRAZO EL RETIRO DE LOS PUNTOS ES EN 20 DIAS
5. FAVOR DAR CITA POR C EXT CX PLASTICA EN 15 DIAS
6. TOQUES DE MERCURIO CROMO O RIFAMICINA CADA 1 HORA POR 3 DIAS Y LUEGO APLICAR ACEITE DE GIRASOL CADA HORA HASTA QUE LAS COSTRAS CAIGAN SOLAS LUEGO PROTECCION SOLAR, BLOQUEADOR SOLAR
7. QUEDA EN MANEJO HOSPITALIZADO POR ORTOPEDIA

** ANALISIS PLAN:

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CX PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-15:25:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.02.18-16:10:44 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 SALAS DE CIRUGIA.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO, ACCIDENTE DE TRÁNSITO EL 17/02/2024. DONDE PRESENTO HERIDA COMPLEJA EN ELPIE IZQUIERDO, HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA. PABELLON AUICULAR IZQUIERDO A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX, ANTEBRAZO DERECHO, FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO, TRAUMA CRANEOENCEFALICO GLASGOW 15/15, CONTUSIONES Y ABRASIONES

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

MULTIPLES. VALORADO POR TRAUMATOLOGO Y CIRUGIA PLASTICA QUIEN INDICA MANEJO QUIRÚRGICO, AHORA EN POP DE: DEBRIDAMIOENTO, LAVADO Y SUTURA DE HERIDA COMOPLEJA PIE IZQIERDO, DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y SUTURA DE PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX, REGION CILIAR IZQUIERDA, SE REALIZA COLGAJO DE PIEL REGIONAL, SUTURA POR PLANOS DE HERIDA EN ANTEBRAZO DERECHO MAS DERMOABRASION PARCIAL CARA Y AREA GENERAL INGRESA PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO, AHORA REFIERE SENTIRSE BIEN EN ESTE MOMENTO, CON DOLOR CONTROLADO. NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
normocefalo, no deformidad DOLOR A LA PALPACION TEMPOROPARIETAL IZQUIERDA conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara EDEMA DOLOR FRONTOMALAR IZQUIERDO.<<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 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. VENDAJE DE JONES EN PIE IZQUIERDO RESTO DE Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestes<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
HERIDAS SUTURADAS EN HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA. PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX ANTEBRAZO DERECHO. ABRASIONES LIMPIAS CURACION CON MERCURIOCROMO EN REGION FRONTOMALAR IZQUIERDA, HOMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, CODOS<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** CONDUCTA:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 - HERIDA COMPLEJA EN EL PIE IZQUIERDO.
2 - HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA.
3 - HERIDA PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX
4 - HERIDA ANTEBRAZO DERECHO.
5 - FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO,
6 - TRAUMA CRANEOENCEFALICO GLASGOW 15/15,
7 - CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES.

30

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DEBRIDAMIOENTO, LAVADO Y SUTURA DE HERIDA COMOPLEJA PIE IZQIERDO, (18/02/2024).
2 - POP DE DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y SUTURA DE PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX, REGION CILIAR IZQUIERDA, SE REALIZA COLGAJO DE PIEL REGIONAL, SUTURA POR PLANOS DE HERIDA EN ANTEBRAZO DERECHO MAS DERMOABRASION PARCIAL CARA Y AREA GENERAL, (18/02/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. EPILEPSIA SIN TRATAMIENTO ULTIMO EPISODIO PREVIO HACE 1 AÑO

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, AHORA EN PÓP INMEDIATO, EN SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA QUIEN HOSPITALIZA PARA CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA, YA DADO DE ALTA POR NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA PLASTICA PENDIENTE VALORACCION POR MAXILOFACIAL. 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:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

- CONTINUAR MANEJO DE PATOLOGIAS CRONICAS
- 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.
- PENDIENTE VALORACION POR MAXILOFACIAL.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.

29

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

*** FECHA: 24.02.18-18:28:46 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD INTERCONSULTADO POR EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA VALORACION POR CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN TRAUMA FACIAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO.
AL EXAMEN CLINICO PACIENTE ALERTA ORIENTADO. PRESENTA ASIMETRIA FACIAL DADA POR EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA. ESCORIACIONES EN HEMICARA IZQUIERDA. EQUIMOSIS BIPALPERAL IZQUIERDA. OCLUSION PALPEBRAL DE 0% APROXIMADAMENTE.
EN TOMOGRAFIA DE CARA SE EVIDENCIA TRAZO DE FRACTURA NO DESPLAZADO DE PARED LATERAL DE SENO MAXILAR IAZQUIERDO Y ORBITA IZQUIERDO + HEMOSENO IZQUIERDO.
SIN OTRAS F4RACTURAS APARENTES
PACIENTE CON TRAUMA FACIAL EN EL MOMENTO SIN INDICACION QUIRURGICA POR NUESTRO SERCICIO.
SE INDICA ALTA POR CIRUGIA MAXILOGACIAL
SE CIERRA INTERCONSULTA.
CONTROL EN UN MES POR CONSULTA EXTERNA.

*** FECHA: 24.02.18-20:57:13 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 - HERIDA COMPLEJA EN EL PIE IZQUIERDO.
2 - HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA.
3 - HERIDA PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX
4 - HERIDA ANTEBRAZO DERECHO.
5 - FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO,
6 - TRAUMA CRANEOENCEFALICO GLASGOW 15/15,
7 - CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DEBRIDAMIOENTO, LAVADO Y SUTURA DE HERIDA COMOPLEJA PIE IZQIERDO, (18/02/2024).
2 - POP DE DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y SUTURA DE PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX, REGION CILIAR IZQUIERDA, SE REALIZA COLGAJO DE PIEL REGIONAL, SUTURA POR PLANOS DE HERIDA EN ANTEBRAZO DERECHO MAS DERMOABRASION PARCIAL CARA Y AREA GENERAL, (18/02/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. EPILEPSIA SIN TRATAMIENTO ULTIMO EPISODIO PREVIO HACE 1 AÑO

S: TRANQUILO, DOLOR MODULADO
O: TA:112/70 FC:78 FR:19 SO2:98 T:36.5

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, DOLOR A LA PALPACION EN REGION TEMPOROAPARIETAL IZQUIERDA, EDEMA Y DOLOR A NIVEL MALA IZQUIERDO
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: SIMETRICAS CON VENDAJE DE JONES EN PIE IZQUIERDO, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL.
ALERTA, NO FOCALIZADO
PIEL: HERIDAS SUTURADAS EN REGION CILIAR IZQUIERDA. PABELLON AUICULAR IZQUIERDO A NIVEL DE INSERCION DEL HELIX ANTEBRAZO DERECHO. ABRASIONES LIMPIAS CURACION CON MERCURIOCROMO EN REGION FRONTOMALAR IZQUIERDA, HOMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, CODOS

ANALISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, EXTREMIDADES CION BUENA FUNCION NEUROVASCULAR, HERIDAS Y LESIONES DERMICAS EN BUEN ESTADO, CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

*** FECHA: 24.02.19-00:56:42 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, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, EXTREMIDADES CION BUENA FUNCION NEUROVASCULAR, HERIDAS Y LESIONES DERMICAS EN BUEN ESTADO, CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

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

*** FECHA: 24.02.19-07:08:18 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 - HERIDA COMPLEJA EN EL PIE IZQUIERDO.
2 - HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA.
3 - HERIDA PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX
4 - HERIDA ANTEBRAZO DERECHO.

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

5 - FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO,
6 - TRAUMA CRANEOENCEFALICO GLASGOW 15/15,
7 - CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DEBRIDAMIOENTO, LAVADO Y SUTURA DE HERIDA COMOPLEJA PIE IZQIERDO, (18/02/2024).
2 - POP DE DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y SUTURA DE PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX, REGION CILIAR IZQUIERDA, SE REALIZA COLGAJO DE PIEL REGIONAL, SUTURA POR PLANOS DE HERIDA EN ANTEBRAZO DERECHO MAS DERMOABRASION PARCIAL CARA Y AREA GENERAL, (18/02/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES: .
1. EPILEPSIA SIN TRATAMIENTO ULTIMO EPISODIO PREVIO HACE 1 AÑO

S: TRANQUILO, DOLOR MODULADO
O: TA:110/60 FC:72 FR:19 SO2:98 T:36.5

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, DOLOR A LA PALPACION EN REGION TEMPOROAPARIETAL IZQUIERDA, EDEMA Y DOLOR A NIVEL MALA IZQUIERDO
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: SIMETRICAS CON VENDAJE DE JONES EN PIE IZQUIERDO, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL.
ALERTA, NO FOCALIZADO
PIEL: HERIDAS SUTURADAS EN REGION CILIAR IZQUIERDA. PABELLON AUICULAR IZQUIERDO A NIVEL DE INSERCION DEL HELIX ANTEBRAZO DERECHO. ABRASIONES LIMPIAS CURACION CON MERCURIOCROMO EN REGION FRONTOMALAR IZQUIERDA, HOMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, CODOS

ANALISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, EXTREMIDADES CION BUENA FUNCION NEUROVASCULAR, HERIDAS Y LESIONES DERMICAS EN BUEN ESTADO, CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

***** FECHA: 24.02.19-09:27:10 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 DIAGNOSTICO DE:
1 - HERIDA COMPLEJA EN EL PIE IZQUIERDO.
2 - HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA.
3 - HERIDA PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX
4 - HERIDA ANTEBRAZO DERECHO.
5 - FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO,
6 - TRAUMA CRANEOENCEFALICO GLASGOW 15/15,

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

EPICRISIS No. 62552

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

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

7 - CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE DEBRIDAMIOENTO, LAVADO Y SUTURA DE HERIDA COMOPLEJA PIE IZQIERDO, (18/02/2024).
2 - POP DE DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y SUTURA DE PABELLON AUICULAR IZQUIERDA A NIVEL DE INSERCION DEL DEL HELIX, REGION CILIAR IZQUIERDA, SE REALIZA COLGAJO DE PIEL REGIONAL, SUTURA POR PLANOS DE HERIDA EN ANTEBRAZO DERECHO MAS DERMOABRASION PARCIAL CARA Y AREA GENERAL, (18/02/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. EPILEPSIA SIN TRATAMIENTO ULTIMO EPISODIO PREVIO HACE 1 AÑO

S/ DOLOR MODULADO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS
O/ CONCIENTE, ALERTA, CON SV FC 61 LPM, FR 19 RPM, TA 140/91 MMHG SAT 98% TEMP 35.4°
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 VENDAJE BLANDO EN PIE IZQUIERDO, NO SANGRADO, NO MAL OLOR, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL.
PIEL:: HERIDAS SUTURADAS EN REGION CILIAR IZQUIERDA. PABELLON AUICULAR IZQUIERDO A NIVEL DE INSERCION DEL HELIX ANTEBRAZO DERECHO. ABRASIONES LIMPIAS CURACION CON MERCURIOCROMO EN REGION FRONTOMALAR IZQUIERDA, HOMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, CODOS
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 CUERVO
- 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

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

EPICRISIS No. 62552

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** OTROS:

- ELEVACION DE EXTREMIDAD LESIONADA
- MANTENGA VENDAJE SECO Y LIMPIO
- UTILICE UNA BOLSA RESISTENTE AL AGUA PARA EVITAR MOJAR VENDAJE, MIENTRAS SE DUCHA.
- MARCHA CON MULETAS
- 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.
- TOMAR MEDICAMENTOS EN HORARIOS ESTABLECIDOS, SUSPENDER SI PRESENTA ALGUN TIPO DE REACCION ALERGICA Y ASISTIR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL
- SOLICITAR CITA DE CONTROL A LOS SIGUIENTES NUMEROS TELEFONICOS: 6088756349 -6088753436 O WHATSAPP 3168766202, O PRESENCIAL

** ORDENES MEDICAS:

- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR CUERVO

*** FECHA: 24.02.19-09:31:52 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

** CONDUCTA:
** ORDENES MEDICAS:

- CITA CONTROL EN 1 MES POR CIRUGIA MAXILOFACIAL. DRA PEREZ

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.02.19-09:33:34 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: 2024.02.19-09:32:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS INICIO: 2024.02.17 FIN: 2024.03.02

24

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

EPICRISIS No. 62552

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

DOC.IDENT:	DE 30817363	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA PUERTO MOMICO		
FCHA.NACTO:	2002.12.07	EDAD:	21 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3125883054
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

CONFIRMADO: S007 - TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA
RELACIONADO 1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO 2: S600 - CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

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

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1 061 724 214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

23

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 17551

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -175038 Fecha 18/02/24

Nombre Paciente: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI 30817363 Edad: 21 Sexo: M

Hora inicio 12:00 Hora fin: 12:30 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionPAOLA BARRAGAN

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	1. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
2. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	2. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
3. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	3. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
4. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	4. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION:
EXTENSION DE LA LESION PREEXISTENTE A 12 CM EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO

HALLAZGOS:
HERIDA CORTOCONTUDA DE +-10CM CONTAMINADA CON MATERIAL INERTE, ABUNDANTE TEJIDO MACERADO Y PERDIDA CUTANEA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION Y 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO, SE PRACTICO DESBRIDAMIENTO DE HERIDA RETIRANDO TODO TEJIDO MACERADO Y CONTAMINADO EXTENDIENDO DE ESTA FORMA LA HERIDA A 12 CM . SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000 CC DE SUERO FISIOLOGICO. ENSEGUIDA SE PRACTICO SUTURA EN 2 PLANOS. SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO + ESPARADRAPO.
NO COMPLICACIONES.
SANGRADO 100ML.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO.

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO.

Rayos X Intraoperatorios
NO.

Intensificador de Imagen
NO.

Dr. HECTOR CUERVO RAMIREZ Ortopedia y Traumatología RM. 27158 C.C. 79.636.380

CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

30817363

ADMISION N_: 175038

NOMBRE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **Num. Id-:** CE 30817363

FECHA NACIMIENTO: 2002.12.07 **EDAD:** 21 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.02.18 **HORA DE INGRESO:** 11:57:52 **Fecha/Hora de registro:** 2024.02.18 11:57

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125883054

OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.02.18

<< REGISTRO: 11:57:52 >> (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:** IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA

PROCEDENTE DE URGENCIAS.

REVISION POR SISTEMA

NIEGA.

ANTECEDENTES

--->><2024.02.18-00:27:43>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.U. 175030

PATOLOGICOS: EPILEPSIA SIN TRATAMIENTO

QX: NIEGA

FARMACOLOGICOS: NIEGA

ALERGICOS:NIEGA

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/70 **FC:** 78 **FR:** 18 **Tmp:** 36.9 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

NORMOCÉFALO HERIDA EN REGION CILIAR CUBIERTA CON MATERRIAL DE CURACCION

CUELLO MÓVIL NO DOLOR.

TÓRAX SIN LESIONES.

VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.

CORAZÓN RÍTMICO CIRCULATORIO SIN SANGRADO ACTIVO.

ABDOMEN NO SIGNOS DE TRAUMA SIN DOLOR.

PELVIS ESTABLE SIN SIGNOS DE TRAUMA.

NEUROLÓGICAMENTE ESTABLE ALERTA ORIENTADO SIN DÉFICIT.

EXTREMIDADES: HERIDA COMPLEJA PROFUNDA EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTIVO DE 10 CM APROXIMADAMENTE. IRREGULAR PERDIDA DE TEJIDO SANGRADO MODERADA SUCIA PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA RESTO DE EXTREMIDADES MÓVILES SIN DEFORMIDAD O LIMITACIÓN PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA, NO PARESTESIAS.

PIEL: ABRASIONES EXTENSAS SUCIAS CON TATUAJE DE PAVIMENTO.

** 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

30817363

ADMISION N_: 175038

NOMBRE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **Num. Id-:** CE 30817363

FECHA NACIMIENTO: 2002.12.07 **EDAD:** 21 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.02.18 **HORA DE INGRESO:** 11:57:52 **Fecha/Hora de registro:** 2024.02.18 11:57

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125883054

OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

ANALISIS/PLAN

PACIENTE ESTABLE SE PASA A SALAS DE CIRUGÍA PARA MANEJO DE LESIONES.

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
PASA A SALAS DE CIRUGÍA.

<< REGISTRO: 11:58:07 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

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

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

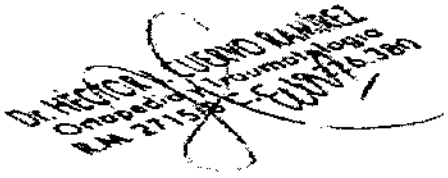
FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-11:57:59 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2024.02.18 **HORA DE EGRESO:** 11:57:59 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
Registro Medico: 244

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 17553

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -175038 Fecha 18/02/24

Nombre Paciente: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI 30817363 Edad: 21 Sexo: M

Hora inicio 12:30 Hora fin: 13:00 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HEO- HAROLD EDUARDO OLAYA 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. S007-TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA	1. S007-TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA
2. S800-CONTUSION DE LA RODILLA	2. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
3. S600-CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)	3. S600-CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	5. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
6. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	6. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	HEO	1 - 1i Interv 100%
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	HEO	4 - 2i+ #Via, =Ciruj
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	HEO	3 - 2i+ Unic
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HEO	3 - 2i+ Unic

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:

- HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS.
- HERIDA DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS.
- HERIDAS MULTIPLES EN TERCIO PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS.
- ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL, MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA.
- ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, ANTEBRAZOS, CADERA DERECHA Y RODILLA.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

1. ASEPSIA ANTISEPSIA
2. CAMPOS QUIRURGICOS
3. LAVADO CON SSN + CLORHEXIDINA
4. DESBRIDAMIENTO DE LOS BORDES DE LAS HERIDAS Y TEJIDO DESVITALIZADO
5. POR VIA 1: DERMOABRASION PARCIAL CARA REGION FRONTAL Y REGION MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA.
7. POR VIA 2: DERMOABRASION AREA GENERAL EN REGION HOMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS, CADERA DERECHA Y RODILLA.
6. POR VIA 3: SUTURA DE PABELLON AURICULAR IZQUIERDA 2 CM EN BASE DE INSERCION DEL DEL HELIX PROLENE 5-0.
7. POR VIA 4: DESBRIDMEITNO DE TEJIDOS MACERADO EN TERCIO PROXIMAL POSTEIROR DEL ANTEBRAZO QUE DEFICIT DE COBERTURA DE 6X4 CM SE REALIZA COLGAJO DE PIEL REGIONAL SUTURA POR PLANOS CON VICRYL 4-0 Y PROLENE 4-0.
8. COBERTURA DE LAS ZONA DE DERMOABRASION CON RIFAMICINA
9. SIN COMPLICACIONES.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios

18

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 17553

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -175038 Fecha 18/02/24

Nombre Paciente: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI 30817363 Edad: 21 Sexo: M

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

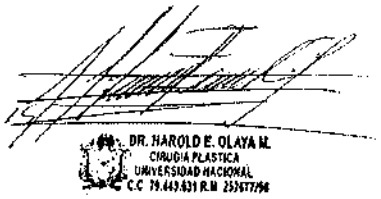
NO

Rayos X Intraoperatorios

NO

Intensificador de Imagen

NO



CIRUJANO

12

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

30817363

ADMISION N_: 175038

NOMBRE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **Num. Id-:** CE 30817363

FECHA NACIMIENTO: 2002.12.07 **EDAD:** 21 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.02.18 **HORA DE INGRESO:** 15:10:43 **Fecha/Hora de registro:** 2024.02.18 15:10

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125883054

OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.02.18

<< REGISTRO: 15:10:43 >> (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 01 / ATENCION AL PARTO

TIPO DE CONSULTA: CIE VLORACION X ESPCIALISTA (INTR) **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

POLIOTRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

REVISION POR SISTEMA

DOLOR EN DEIFERENTES PARTE DEL CUERPO DEPENDEITEN DE TEJIDOS BLANDOS

ANTECEDENTES

--><<2024.02.18-00:27:43>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.U. 175030

PATOLOGICOS: EPILEPSIA SIN TRATAMIENTO

QX: NIEGA

FARMACOLOGICOS: NIEGA

ALERGICOS:NIEGA

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/70 **FC:** 80 **FR:** 18 **Tmp:** 36 **PESO:** 65 **TALLA:** 167

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, HIDRTADO BUEN ESTADO GENERAL

ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA, HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS HERIDA EN PABELLON AURICULAR IZQ DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS NO SIGNOS DE FRACATURAS

HERIDAS MULTIPLES EN 1/3 PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS, ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS CADERA DERECHA Y RODILLA

ESTODE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S007 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S600 CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DA¥O DE LA(S) U¥A(S)

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

DIAGNOSTICO RELACIONADO 4

S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

DIAGNOSTICO RELACIONADO 5

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

30817363

ADMISION N_: 175038

NOMBRE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **Num. Id-:** CE 30817363

FECHA NACIMIENTO: 2002.12.07 **EDAD:** 21 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.02.18 **HORA DE INGRESO:** 15:10:43 **Fecha/Hora de registro:** 2024.02.18 15:10

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125883054

OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

ANALISIS/PLAN

IDX

1. HERIDA REGION MITAD EXTERNA DE LA CEJA IZQUIERDA CON MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS
2. HERIDA DE LA UNION DEL HELIX DE 2 CM MACERACION Y AVULSION DE TEJIDOS
3. HERIDAS MULTIPLES EN 1/3 PROXIMAL POSTERIOR DEL ANTEBRAZO DERECHO CON MACERACION DE TEJIDOS
4. ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA
5. ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPO EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOIMBRO IZQUIERDO BRAZOS, ANTEBRAZOS CADERA DERECHA Y RODILLA

PLAN:

1. DERMOABRASION PARICAL CARA
2. SUTURA DE HERIDA EN CARA
3. COLGAJO DE PIEL REGIONAL
4. DERMOABRASION ARA GENERAL
5. PENDIENTE DE PASAR A SALAS DE CIRUGIA

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-12:25:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

<< REGISTRO: 11:58:07 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

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

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.02.18-11:57:59 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

30817363

ADMISION N_: 175038

NOMBRE: SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **Num. Id-:** CE 30817363

FECHA NACIMIENTO: 2002.12.07 **EDAD:** 21 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.02.18 **HORA DE INGRESO:** 15:10:43 **Fecha/Hora de registro:** 2024.02.18 15:10

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125883054

OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

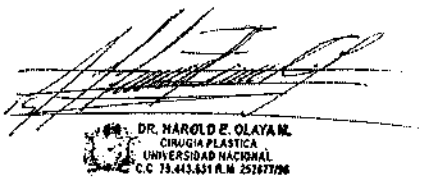
OBSERVACION (Inst)

** SALIDA DEL PACIENTE **

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

FECHA DE EGRESO: 2024.02.18 **HORA DE EGRESO:** 12:25:00 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. HAROLD EDUARDO OLAYA
Registro Medico: 252677

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE Laura DEYUI SARMIENTO GALINDO EDAD 21 SEXO: F ☐ M ☒

IDENTIFICACION: C.C. ☒ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 30817363 DE _____

FECHA DE ATENCION: _____

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA

CIRUGIA A REALIZAR: Descompresión + Sutura de Neuroma - Cierre y Fx Muslo + Inmovilización con yeso.

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: ☐ 135/60 ☐ 96 Fr ☐ 21 PESO ☒ 65 KG TALLA ☐ CM

SENSORIO Consciente COMPLEXION Mestiza PROTESIS NO LENTES NO

APERTURA ORAL > 4 DISTANCIA MENTOGLOTICA > 7 MALLAMPAT II

NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
CABEZA/CUELLO:			Normales con disminución de tejidos de cara cuello, muecas [illegible] apertura bucal, movilidad y pulsos y en planos de pie izquierdo
TORAX: RsCS			
RsRS			
ABDOMEN:			
PELVIS:			
GENITALES:			
EXTREMIDADES:			Abrasión con tatuaje en [illegible] de pulsos y con [illegible] de dedos externos a cara lateral
NEUROLOGICO:			

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: I CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: _____ R.Q. Bajo INTERCONSULTAS _____

OBSERVACIONES: Normales [illegible] [illegible]

OTROS LABORATORIOS: _____

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO PACIENTE

R.M. C.C.

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
DALMENDO	GALINDO	EDWIN DEYVI	308173 6B

FECHA	EDAD	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
18 02 24 (Día Mes Año Hora)	21 (Años Meses Días)	H [X] M [ ]	172	65	(1) 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
CIRUGIA			

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 de clavicula + Fx de cubito

OPERACION PROPUESTA Reduccion + [illegible] + Reduccion

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 Rh BOSTO

		TIPO	RESUMEN Y PLAN	ESTADO PSICOLOGO
		BLOQUEO	Monitoria Basica	Tranquilo
		PERIDURAL	Anestesia general Tapa	
	✓	ESPINAL	anal	
✓		GENERAL		
VIENE	HAY	NECESITA SANGRE	NO C.C.	PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION	S/C
REPARACION E	
REPARACION A	
REPARACION C	

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA	NEGATIVO
REFLEJOS	PRESENTE
MOTILIDAD	NEGATIVO
RECUPERACION	Rapida
CONCIENCIA	POSITIVO
DIURESIS	POSITIVO
SENSIBILIDAD	POSITIVO
PIEL	Mucosas Rosadas

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA	18:00

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

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

COMENTARIOS

Usuario bajo anestesia general, se suministra O2 en respiracion a 15 m con bolsa y mascara estables y lucidos entregado sus pertenencias

HORA SALIDA Y MOTIVO Sin efectos Anestesia Mejoria.

FIRMA

12

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

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

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1
2
3
4
5

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,18-Feb-2024 09:12:5

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:** 2024.02.1 23:20
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 21 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI 1 NIVEL I HOBO VEREDA PUERTO 3125883054

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.02.18	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.02.18	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.02.18	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	30.00
2024.02.18	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.02.18	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	30.00
2024.02.18	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.02.18	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	LYC	2.00
2024.02.18	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	LYC	2.00
2024.02.18	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	5.00
2024.02.18	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.02.18	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LYC	1.00
2024.02.18	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LYC	1.00
2024.02.18	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	300.00
2024.02.18	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	300.00
2024.02.18	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.02.18	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.02.18	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LYC	1.00
2024.02.18	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	LYC	1.00
2024.02.18	ME	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	LYC	1.00
2024.02.18	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	LYC	1.00
2024.02.18	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	2.00
2024.02.18	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	5.00
2024.02.18	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.02.18	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	1.00
2024.02.18	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	1.00
2024.02.18	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	1.00
2024.02.18	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.02.18	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.02.18	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 2% CON EPINEFRINA /20ML	LYC	10.00
2024.02.18	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	30.00
2024.02.18	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	30.00
2024.02.18	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	2.00
2024.02.18	SAN	SPRAY	RIFOCINA1% SOLUCION TOPICA X 20 ML	LYC	1.00
2024.02.18	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	LYC	2.00
2024.02.18	BRA	SURURA	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	LYC	1.00
2024.02.18	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	120.00
2024.02.18	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	120.00
2024.02.18	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LYC	1.00
2024.02.18	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.02.18	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	1.00
2024.02.18	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	3.00
2024.02.18	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.02.18	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,18-Feb-2024 09:12:5

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:** 2024.02.1 23:20

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 21 Años **Fecha Egreso :**

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

30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI 1 NIVEL I HOBO VEREDA PUERTO 3125883054

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.02.18	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	1.00
2024.02.18	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	1.00
2024.02.18	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.02.18	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.02.18	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00

PACIENTE: 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **EDAD:** 21

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **TELEFONO:** 3125883054

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-61742 **FECHA SINIESTRO:** 2024.02.17 **Nº POLIZA:** 8109943900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 18 de febrero de 2024					
18:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	CPMI	
18:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
18:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPMI	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	CPMI	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPMI	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPMI	

TOTAL SUMINISTRADO: 13.00

FECHA DEL CONTROL :	lunes, 19 de febrero de 2024					
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	MFA	
02:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		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	

TOTAL SUMINISTRADO: 15.00

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202402170008 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 17 MES 02 AÑO 2024 **Autorización:** 1
No. de Historia Clínica DE30817363
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
EDUIN DEYVI	GALINDO	SARMIENTO	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 30817363
Dirección PUERTO MOMICO Teléfono 3125883054 Edad 21 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 07/12/2002
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso	Servicio que Remite		Especialidad
D 17 M 02 A 2024	Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Fecha de Egreso	Consulta Externa		
D 17 M 02 A 2024	Hospitalización		
	Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Remisión		Médico que Remite	
Nivel de Competencia	X	Nombre	EDWEN TARSILIO ALMANZA GALARCIO
No hay Recurso Humano		Firma y Sello	
No hay Equipo			
Petición Voluntaria			
Otro			

C.C 6861641
Registro Médico 15426

ANTECEDENTES: Usuario, 21 años, QX (-), Patológicos: (-), Farmacológicos (-), Familiares (-), Otros (-), Gr-RH: No recuerda. TOMA DEL CASO: Usuario, previa encuesta epidemiológica sobre síntomas Covid-19 y/o dengue, contacto estrecho y/o confirmatorio de Covid-19 y/o dengue como de viaje en los últimos 15 días negativo, ingresa al servicio de emergencia para valoración de, accidente de tránsito cuando conducía moto en movimiento (Area Rural, Km. 71+800 vía Garzón - Neiva). Traído al servicio de emergencia del Hospital de Hobo-Huila por ambulancia de la Institución. Usuario con trauma en cabeza región frontal izquierda y herida región celar del mismo lado con componente ocular del mismo lado (equimosis y edema párpado inferior). El accidente de tránsito fue hoy (II-17-24) a las 19:00pm. Pérdida transitoria del estado de conciencia. No recuerda momentos del accidente. Encontrado en la vía tirado en el suelo. EXAMEN MEDICO GENERAL: Buen estado general, con patrón respiratorio normal. No estado de alicaramiento. CABEZA-CUELLO: No masas. Tiroides normal. No ganglios. Tumefacción región frontal izquierda, con herida región celar sin deformidad como tampoco hundimiento craneal. Compromiso de piel y tejido celular sub-cutáneo. OJOS: No lagrimeo. Pupilas reactivas a la luz. No midriasis. No congestión conjuntiva. ORL: Mucosas húmedas, saliva no filante. Congestión Faríngea. Recubrimiento posterior con edema y granulación, sin exudado purulento en amigdalas. Oídos: Timpanos íntegros y no congestivos. Nariz: No Rinorrea. No congestión. TORAX-CARDIOPULMONAR. No signos de dificultad para respirar (Tiraje supra-esternal y Sub-costal). No soplo. No Taquicardia. Buena ventilación pulmonar. Cicatriz quirúrgica en tórax. ABDOMEN: Blando sin masas. No dolor. No hernias. No distensión. No timpánico. GU: Normal. EXTREMIDADES: No atrofia muscular. Llenado capilar dedos manos <2seg. Herida región plantar pie izquierdo. Compromiso de piel y tejido celular subcutáneo. NEUROMUSCULAR. Consciente, alerto. No déficit motor ni sensitivo. PIEL-FANERA: Múltiples laceraciones en cabeza y extremidades superiores e inferiores. OPINION: Usuario con TCE leve a moderado, herida región celar izquierda, herida región plantar pie izquierdo, justifica valoración por medicina especializada. URGENCIAS: ORTOPEDIA.

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 20:20 Hora 20 Minutos 20

Nombre de la persona que solicita la Remisión

EDWEN TARSILIO ALMANZA GALARCI.(MEDICINA ;)

Hora Confirmación 20:20 Hora 20 Minutos 20

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

Edwen Tarsilio Almanza Galarcio

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	S019
HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	S913

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

ANTECEDENTES: Usuario, 21 años, QX (-), Patológicos: (-), Farmacológicos (-), Familiares (-), (Otros (-), Gr-RH: No recuerda. TOMA DEL CASO: Usuario, previa encuesta epidemiológica sobre síntomas Covid-19 y/o dengue, contacto estrecho y/o confirmatorio de Covid-19 y/o dengue como de viaje en los últimos 15 días negativo. Ingresa al servicio de emergencia para valoración de, accidente de tránsito cuando conducía moto en movimiento (Area Rural, Km. 71+800 vía Garzón - Neiva). Traído al servicio de emergencia del Hospital de Hobo-Huila por ambulancia de la Institución. Usuario con trauma en cabeza región frontal izquierda y herida región celar del mismo lado con componente ocular del mismo lado (equimosis y edema párpado inferior). El accidente de tránsito fue hoy (II-17-24) a las 19:00pm. Pérdida transitoria del estado de conciencia. No recuerda momentos del accidente. Encontrado en la vía tirado en el suelo. EXAMEN MEDICO GENERAL: Buen estado general, con patrón respiratorio normal. No estado de alicoramiento. CABEZA-CUELLO: No masas. Tiroides normal. No ganglios. Tumefacción región frontal izquierda, con herida región celar sin deformidad como tampoco hundimiento craneal. Compromiso de piel y tejido celular sub-cutáneo. OJOS: No lagrimeo. Pupilas reactivas a la luz. No midriasis. No congestión conjuntiva. ORL: Mucosas húmedas, saliva no filante. Congestión Faríngea. Recubrimiento posterior con edema y granulación, sin exudado purulento en amigdalas. Oídos: Timpanos íntegros y no congestivos. Nariz: No Rinorreo. No congestión. TORAX-CARDIOPULMONAR. No signos de dificultad para respirar (Tiraje supra-esternal y Sub-costal). No soplo. No Taquicardia. Buena ventilación pulmonar. Cicatriz quirúrgica en tórax. ABDOMEN: Blando sin masas. No dolor. No hernias. No distensión. No timpánico. GU: Normal. EXTREMIDADES: No atrofia muscular. Llenado capilar dedos manos <2seg. Herida región plantar pie izquierdo. Compromiso de piel y tejido celular subcutáneo. NEUROMUSCULAR. Consciente, alerta. No déficit motor ni sensitivo. PIEL-FANERA: Múltiples laceraciones en cabeza y extremidades superiores e inferiores. OPINION: Usuario con TCE leve a moderado, herida región celar izquierda, herida región plantar pie izquierdo, justifica valoración por medicina especializada. URGENCIAS: ORTOPEDIA.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
120/78	78	36.00	20	170.0	70.00	

Hallazgos del Examen Físico

Normal ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, **Cabeza:**Anormal Trauma y edema región frontal izquierda sin deformidad ni hundimiento craneal, Herida región celar izquierda, Compromiso de piel y tejido celular subcutaneo, Multiples laceraciones en cara - **Cuello:**Normal - **Torax:**Normal - **Abdomen:**Normal - **G/U:**Normal - **Extremidades:**Anormal Múltiples laceraciones extremidades superiores e inferiores, Herida en región plantar pie izquierdo, - **Neurológico:**Normal - **Nariz:**Normal - **Oidos:**Normal - **Boca:**Normal - **Ojos:**Normal - **Piel:**Anormal Múltiples laceraciones, - **Ano:**Normal - **Osteomuscular:**Normal

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000215R1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N028D0267011) DIPIRONA SOL INY 2.5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (000211361061) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015693) JERINGA 1 CC *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM00031553) VENDA ELASTICA 6X5 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (J01CA026722) AMPICILINA (SODICA) *Dosis:* 1; *Medicamento:* (J06AT019701) TOXOIDE TETANICO *Dosis:* 1;

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	S098
HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	S019
HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	S913

Observaciones o Sugerencias

Tratamiento: 1. Limpieza y desinfección de las heridas. 2. Sutura herida región cela r izquierda previo anestesia local. 3. Curación herida suturada. 4. Toxoide tetanico una ampolla IM 5. Ampicilina 2gr en buretrol (100cc) goteo 60 x minuto. 6. Remisión nivel superior de atención medica.

Impreso por:

ANA YAMITH MONTEALEGRE
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Verificación de cédula de ciudadanos venezolanos

30817363 Buscar

Cédula: V-30817363

Nombre: EDWIN DEYVI SARMIENTO GALINDO

Estado: EDO. MIRANDA

Municipio: MP. PLAZA

Parroquia: PQ. GUARENAS

Centro: LICEO ALONSO ANDREA DE LEDEZMA

Dirección: URBANIZACIÓN ALEJANDRO OROPEZA CASTILLO DERECHA AVENIDA SUBIDA AL CDI. FRENTE CALLE PRINCIPAL. IZQUIERDA PROLONGACIÓN ESTACIONAMIENTO POLICIA MUNICIPAL ENTRADA URB OROPEZA CASTILLO GUARENAS EDIFICIO

Los datos mostrados son extraídos del registro nacional electoral de Venezuela. Tambien puede consultar desde Aquí

Regresar

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022396751

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
QTC87F	AKT	AK125NKD EIII	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	BLANCO NEGRO	PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR
157FMITE2S3031

REG
N

VIN
9F2D5125XN5003308

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
9F2D5125XN5003308

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PILLIMUE LIZCANO ALVARO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 83163393

520

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
9020210000218 34

I/E
I

FECHA IMPORT.
13/02/2021

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

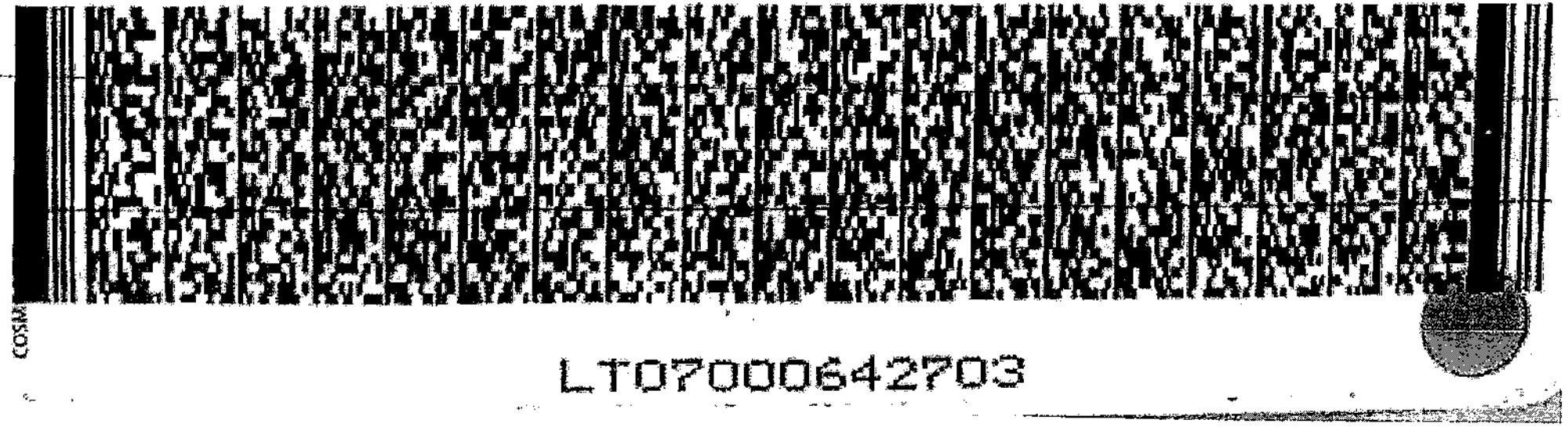
FECHA MATRÍCULA
02/03/2021

FECHA EXP. LIC. TTO.
02/03/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

UND MCPAL TTOYTTE PALERMO



LT0700064270 3

Escaneado con CamScanner

SOAT

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

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO MES DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO MES DÍA
2023-05-05	2023-05-06	2024-05-05

No. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8109943900	QTC87F	MOTOS	PARTICULAR	124	2022

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	AKT	
	LÍNEA VEHÍCULO: AK125NKD EIII	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
157FMITE293031	9F2D5125XN5003308	9F2D5125XN5003308	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ROJAS MOTTA, MARTHA PATRICIA	3124971490	CC	1079410922	HOBO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONYSA	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 debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

-Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

-Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 193 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 Fonyat 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, reformas 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

Examinado con CamScanner

RUNT MINISTERIO DE TRANSPORTE

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	QTC87F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10022396751	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2022	COLOR:	BLANCO NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMITE293031
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D5125XN5003308	NÚMERO DE VIN:	9F2D5125XN5003308
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	02/03/2021
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8109943900	05/05/2023	06/05/2023	05/05/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
4204649100	25/03/2022	26/03/2022	25/03/2023	120	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
80464079	27/02/2021	28/02/2021	27/02/2022	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 19/11/2024

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-FEC1-63996 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

HISTORIA No. 30817363

GLOSA No: ZGL-1-49076 **SINIESTRO:** 63996

Recibido! 21 de Noviembre del 2024 20314468

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 122400.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 122400.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE COBRAN DOS CONSULTAS PREQUIRURJICAS (CODIGO 39137) TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZAN DOS INTERVENCIONES DE DIFERENTE ESPECIALIDAD UNA CON CIRUJIA PLASTICA EL 18/02/2024 Y OTRA CIRUJIA CON ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA DEL MISMO DIA LA CUAL SIENDO DOS ESPECIALIDADES DIFERENTES Y SEGÚN 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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 19/11/2024

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-FEC1-63996 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI

HISTORIA No. 30817363

GLOSA No: ZGL-1-49076 **SINIESTRO:** 63996

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	122400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	122400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE COBRAN DOS CONSULTAS PREQUIRURJICAS (CODIGO 39137) TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZAN DOS INTERVENCIONES DE DIFERENTE ESPECIALIDAD UNA CON CIRUJIA PLASTICA EL 18/02/2024 Y OTRA CIRUJIA CON ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA DEL MISMO DIA LA CUAL SIENDO DOS ESPECIALIDADES DIFERENTES Y SEGÚN 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

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:
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 3: SO1-39103- SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 118600.00

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 118600.00

JUSTIFICACION:
993 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 AREA AREA GENERAL (15183), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, ANTEBRAZOS, CADERA DERECHA Y RODILLA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRACION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: 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 DERMOABRASION CARA PARCIAL(15282), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL, MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA

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

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:	VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:

REALIZACION DE LA DERMOABRASION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 5: 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 DERMOABRASION CARA PARCIAL(15282), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL, MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRASION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 6: SO1-39303- GRUPOS 07 08 09

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	409500.00	

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	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 DERMOABRASION CARA PARCIAL(15282), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL, MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRASION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 7: SO1-15183- DERMOABRACION AREA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	181400.00	

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	181400.00	

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 DERMOABRASION AREA AREA GENERAL (15183), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, ANTEBRAZOS, CADERA DERECHA Y RODILLA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRASION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 8: SO1-15282- DERMOABRACION CARA (PARCIAL)

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	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 DERMOABRASION CARA PARCIAL(15282), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL, MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRASION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 9: 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 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 AREA AREA GENERAL (15183), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, ANTEBRAZOS, CADERA DERECHA Y RODILLA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRACION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

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

>> ITEM GLOSADO 10: 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 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 AREA AREA GENERAL (15183), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION HOMBRO IZQUIERDO, BRAZOS, ANTEBRAZOS, CADERA DERECHA Y RODILLA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRACION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 11: 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 DERMOABRASION CARA PARCIAL(15282), YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (ABRASIONES CON MULTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN REGION FRONTAL, MALAR Y MEJILLA IZQUIERDA) Y POR ESTA RAZON EL CIRUJANO CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA DERMOABRASION EN DICHAS REGIONES. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

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

>> ITEM GLOSADO 12: 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	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS.

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 13: 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 14: MES-VENDA VENDA ELASTICA DE 5X5

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	4800.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4800.00	

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.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	7,174,924.00
VALOR GLOSADO :	2813600.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	2813600.00
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.	20306957	**No.**	195149	**Siniestro**	90744701	**No. Factura**	FEC163996		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	17/02/2024	**Fecha aviso**	02/05/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024	
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	810994390	**Vigencia**	06/05/2023	**hast**	05/05/2024
Id tomador	1079410922	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	30817363	**Nombre**	EDUIN DEYVI GALINDO SARMIENTO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T019					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
2	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA 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%, 100%	122,400	122,400	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	36100	CONSULTA ESPECIALIZADA		100%	58,400	0	58,400
1	15282	DERMOABRACIÓN CARA (PARCIAL)	NO SE RECONOCE 15282 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS.	100%	431,100	431,100	0
2	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08	NO SE RECONOCE 15282 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS./	100%, 100%	509,200	254,600	254,600
2	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08	NO SE RECONOCE 15282 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS./	100%, 100%	226,000	113,000	113,000
2	39210	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 08	NO SE RECONOCE 15282 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS./	100%, 100%	1,528,600	764,300	764,300
3	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09	NO SE RECONOCE 15282 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS.//	100%, 100%, 100%	1,126,100	409,500	716,600
1	15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MÁS DE TRES O UNA EXTENSA DE MÁS DE 10 CMS)		100%	431,100	0	431,100
1	15183	DERMOABRACIÓN ÁREA GENERAL	NO SE RECONOCE 15183 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS.	100%	181,400	181,400	0
2	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05	NO SE RECONOCE 15183 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS./	100%, 100%	237,200	118,600	118,600
2	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 05	NO SE RECONOCE 15183 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS./	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 15183 COBRO NO JUSTIFICADO DE ACUERDO CON LAS LESIONES DESCRITAS Y SUTURAS REALIZADAS./	100%, 100%	264,800	132,400	132,400
1	15210	SUTURA HERIDA CARA| INCLUYE SUTURA LABIOS		100%	181,400	0	181,400
1	15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL		100%	278,500	0	278,500
1	39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 07		100%	164,100	0	164,100
1	39118	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 07		100%	73,400	0	73,400
1	39209	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 07		100%	348,500	0	348,500
1	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	346,900	0	346,900

1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS DESECHABLE 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 VENDAS YA QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN MATERIALES DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ART.55).		101,900	9,300	92,600
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	71,124	0	71,124

1001	**Cobrado**	**7,174,924**
1002	**Obj. Parcial**	**2,813,600**
1003	**Liquidado**	**4,361,324**

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: 30817363 SARMIENTO GALINDO EDWIN DEYVI **EDAD:** 21

DIRECCION: VEREDA PUERTO MOMICO **TELEFONO:** 3125883054

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

Nº SINIESTRO: ZSI-1-61742 **FECHA SINIESTRO:** 2024.02.17 **Nº POLIZA:** 8109943900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 18 de febrero de 2024					
18:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	CPM1	
18:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
18:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	CPM1	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPM1	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 13.00

FECHA DEL CONTROL :	lunes, 19 de febrero de 2024					
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	MFA	
02:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		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	

TOTAL SUMINISTRADO: 15.00

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:10:43 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163996

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1689cb4bbf522e77f74c9856486d74e6f777988915c94ff64beb2fade348d60245d499d8ef4a2c7c5fd8c48c41fc0c99

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
7174924

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-18 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
083fda4661c4634debaee843cad34ea496eea297caf1a89ae3f7d9ae3167ca6d8b84fff11d4bd003091533893b1250a7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 05:22:07.000 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

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. FEC163996

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1689cb4bbf522e77f74c9856486d74e6f777988915c94ff64beb2fade348d60245d499d8ef4a2c7c5fd8c48c41fc0c99

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

CUDE:
3e0bd3c4801bb737e23a81a19aa1d89f4e53892a6363481ba533bdb43eac4cf907c8a8cc604ad12249c380a2ff4c478d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 05:35:01.000 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:
febf1814672b081c32a36644b91add601d51ed7937c3d45ef3c968ee63da165a6ed56ab2cc896efb287d9143badb9200

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:42:52.000 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

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. FEC163996

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1689cb4bbf522e77f74c9856486d74e6f777988915c94ff64beb2fade348d60245d499d8ef4a2c7c5fd8c48c41fc0c99

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
31c5730c5507efe5fcd11cbf62fd44adaaba693a85b3181b93d10bd2227ce28beb0d7d1819134a053780c8662f067ba8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:43:01.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.18	17:37:09	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63998

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 178652,179073

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.04.25 - 14:52	2024.05.03 - 19:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 7704858 PERDOMO PRADA JUAN PABLO — EDAD : 47 Años

DIRECCION: CALLE 83 # 5-10 NEIVA — TELEFONO: 3134775424

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1I Interv 100%										
16402	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR; INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ORBITA (BLOW OUT)	3-May-2024	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	MIP	1	648,600	648,600
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-May-2024	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	372,300	372,300
39121	GRUPO 10	3-May-2024	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	176,500	176,500
39212	GRUPO 10	3-May-2024	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,159,200	1,159,200
39304	GRUPOS 10 11 12 13	3-May-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2i+ #Via, =Ciruj										
16360	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I); INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR	3-May-2024	39008	4	10	75.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	486,400	486,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-May-2024	39108	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	279,200	279,200
39121	GRUPO 10	3-May-2024	39121	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	132,400	132,400
39212	GRUPO 10	3-May-2024	39212	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	579,600	579,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	3-May-2024	39304	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	486,800	486,800
	2i=Via,#R,=Ciruj										
16401	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	3-May-2024	39008	7	10	50.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	324,300	324,300
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-May-2024	39108	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	186,100	186,100
39121	GRUPO 10	3-May-2024	39121	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	88,200	88,200
39212	GRUPO 10	3-May-2024	39212	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	579,600	579,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	3-May-2024	39304	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	486,800	486,800
2433	REDUCCION FRACTURA	3-May-2024	39007	7	09	50.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	263,300	263,300
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-May-2024	39107	7	09	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	150,600	150,600
39120	GRUPO 09	3-May-2024	39120	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	72,000	72,000
39211	GRUPO 09	3-May-2024	39211	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	435,600	435,600
39303	GRUPOS 07 08 09	3-May-2024	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
	TORNILLO DE EMERGENCIA 2.3 X 8 MM								1	250,900	250,900
	PLACA EN L 2.0 MMREVERSIBLE X 4 H C/P L								1	488,600	488,600
	PLACA ORBITAL 1.5MM X 6H								1	482,600	482,600
	TORNILLO 2.0MM X 8MM AUTOTARRAJANTE								3	172,800	518,400
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	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
	ESTILETE PARA INTUBACION NO.14								1	0	0
	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA BIOLIFE								1	0	0

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DE 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: 2023-12-21 por una vigencia de: 12 Meses

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

Recibido!
7 de Octubre del 2024
20306960

Cufe: fad0a1e3f2cc5b0114be97a3dfa722ddeb71412349befcefc5d84e1e84951f12160b45c5bddad5aba72e2f62447bb0

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

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

28

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.18	17:37:09	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63998

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P.12 BOGOTA TELEFONO: 8713072
CONTRATO/PLAN
001 02 SOAT 50% DESC

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 178652,179073
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.04.25 - 14:52
FEC-HORA EGRESO: 2024.05.03 - 19:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 7704858 PERDOMO PRADA JUAN PABLO EDAD : 47 Años
DIRECCION: CALLE 83 # 5-10 NEIVA TELEFONO: 3134775424

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
16402	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR; INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ORBITA (BLOW OUT)	3-May-2024	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	MIP	1	648,600	648,600
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-May-2024	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	372,300	372,300
39121	GRUPO 10	3-May-2024	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	176,500	176,500
39212	GRUPO 10	3-May-2024	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,159,200	1,159,200
39304	GRUPOS 10 11 12 13	3-May-2024	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	649,000	649,000
	2I+ #Via, =Cirui										
16360	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I); INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR	3-May-2024	39008	4	10	75.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	486,400	486,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-May-2024	39108	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	279,200	279,200
39121	GRUPO 10	3-May-2024	39121	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	132,400	132,400
39212	GRUPO 10	3-May-2024	39212	4		60.00%	4-DER.SALA	CLF	1	579,600	579,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	3-May-2024	39304	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	486,800	486,800
	2I=Via,#R,=Ciruj										
16401	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	3-May-2024	39008	7	10	50.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	324,300	324,300
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-May-2024	39108	7		50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	186,100	186,100
39121	GRUPO 10	3-May-2024	39121	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	88,200	88,200
39212	GRUPO 10	3-May-2024	39212	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	579,600	579,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	3-May-2024	39304	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	486,800	486,800
2433	REDUCCION FRACTURA	3-May-2024	39007	7	09	50.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	263,300	263,300
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-May-2024	39107	7	09	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	150,600	150,600
39120	GRUPO 09	3-May-2024	39120	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	72,000	72,000
39211	GRUPO 09	3-May-2024	39211	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	435,600	435,600
39303	GRUPOS 07 08 09	3-May-2024	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	307,100	307,100
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
	TORNILLO DE EMERGENCIA 2.3 X 8 MM								1	250,900	250,900
	PLACA EN L 2.0 MMREVERSIBLE X 4 H C/P L								1	488,600	488,600
	PLACA ORBITAL 1.5MM X 6H								1	482,600	482,600
	TORNILLO 2.0MM X 8MM AUTOTARRAJANTE								3	172,800	518,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	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
	ESTILETE PARA INTUBACION NO.14								1	0	0
	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA BIOLIFE								1	0	0

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

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

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

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

Cufe: fad0a1c3f2cc5b0114be97a3dfa722ddeb71412349befcefc5d84e1e84951f12160b4fc54adea845aba72e2f62447bb0

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

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

28

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

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

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.18	17:37:09	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63998

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
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								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0
010101	SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG								1	4,700	4,700
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
	HUMIFICADOR PARA OXIGENO MEDICINAL								1	9,500	9,500
	VICRIL SUTURA # 3/0								1	0	0
	VICRIL SUTURA # 4/0								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								7	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								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
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								74	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19960016-02	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	0	0
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								1	0	0
CUM32606-2	LACTATO DE RINGER USP BOLSA X 500ML								3	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								59	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.05.03	890202				MIP		1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.05.03	890202				JHT		1	61,200	61,200
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.04.25	890302				CCE		1	71,500	71,500
F15A05	TORNILLO 1.5MM X 5MM AUTOTARRAJANTE	2024.05.03	F15A05				CLF		3	172,800	518,400

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

Cufe: fad0a1e3f2cc5b0114be97a3dfa722ddeb71412349befcefc5d84e1e84951f12160b4fc54adea845aba72e2f62447bb0

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 ,2024.09.18	17:37:09	2024.10.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 63998

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

VALOR BRUTO:	10,430,730	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	10,430,730

SON: DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.18 05:37:52 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: fad0a1e3f2cc5b0114be97a3dfa722ddeb71412349befcefc5d84e1e84951f12160b1fc54adea845aba72e2f62447bb0

26

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:	63998
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 10,308,330
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 122,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 63998

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

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

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

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	PABLO

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

No. Documento: 7704858

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 27/11/1976 Sexo: F [ ] M [X] O [ ]

Direccion: CALLE 83 # 5-10

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3134775424

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 7 CON CALLE 78

Fecha Evento/Accidente: 18/03/2024 Hora: 07:00

Departamento: HUILA Cod. 41

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

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA JLL82E QUIEN PIERDE EL CONTROL POR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: VICTORY Placa: JLL82E

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 8107846100 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 01/04/2023 Hasta: 31/03/2024

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
PERDOMO	PRADA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JUAN	PABLO

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — **No. Documento** 7704858

Direccion: CALLE 83 N 5 10

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3134775424 **Total Folios:** 0

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

1er.Apellido	2do.Apellido
PERDOMO	PRADA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JUAN	PABLO

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — **No. Documento** 7704858

Direccion: CALLE 83 N 5 10

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3134775424

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: 25/04/2024 a las 14:52

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

Fecha de Egreso: 03/05/2024 a las 19:30

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
MINDIOLA	JOLY

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

N·mero de Registro de Medico 1118849376

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	10430730	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. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.03.19 — HORA DE INGRESO: 12:10
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.05.03 — HORA DE EGRESO: 19:30
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S024 - FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR
CONFIRMADO: S024 - FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR
RELACIONADO1: S023 - FRACTURA DEL SUELO DE LA ORBITA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.03.19-12:38:53 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA JLL82E QUIEN PIERDE EL CONTROL POR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 12+11
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER EN HORAS DE LA MAÑANA EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA JLL82E QUIEN PIERDE EL CONTROL POR UN HUECO EN LA VIA , OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL DECIDE CONSULTAR.

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

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 126/77 FC: 85 FR: 20 TEMP: 36 TALLA: 169 PESO: 96 IMC: 34 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS COPN EDEMA FACIAL DERECHO, DOLOR A LA PALPACION DE MACIZO FACIAL IPSILATERAL, ASOCIADO A ABRASIONES EDEMA PARPEBRAL DERECHO, DOLOR A LA APERTURA ORAL,
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>

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

EPICRISIS No. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN RODILLA DERECHA NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15, CEFALEA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DE DOLOR.
<<PIEL>>
AQBRASIONES EN HEMICARA DERECHA
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

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

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.03.19-12:46:41 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

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

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

EPICRISIS No. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 12:41 / 12:50 DURACION: 00:08

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN HEMICARA 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: 24.03.19-12:52:55 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
NOTA CORRECTIVA

SE CANCELA LA ADMON DE LEV. ERROR DE DIGITACION

CONTINUA PENDIENTE VALORACION POR ESPECIALIDADES.

*** FECHA: 24.03.19-13:33:37 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: HEMOSENO DERECHO, FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO DERECHO, FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR DERECHO EN CARA ANTERIOR E IMPRESIONA DISCRETA FRACTURA EN CARA INFRATEMPRAL IPSILATERAL

TAC MAXILAR INFERIOR: NO TRAZOS DE FRACTURAS

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

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 24.03.19-14:02:41 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

23

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

EPICRISIS No. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD INTERCONSULTADO POR ELSERVICIO DE URGENCIAS PARA VALORACION POR CUADRO CLIICO CONSISTENTE EN TRAUMA FACIAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO. REFIERE PARESTESIA DE INFRAORBITARIO DERECHO Y REFIERE DOLOR EN MOLARES SUPERIORES DERECHOS.
AL EXAMEN CLINICO PRESENTA ASIMETRIA FACIAL DADA POR EDEMA EN HEMICARA DERECHA. EDEMA BIPALPEBRAL DERECHO. OCLUSION PALPEBRAL DEL 50%APROXIMADAMENTE. EQUIMOSIS ASOCIADA. HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL DERECHA
EN TOMOGRAFIA SE EVIDENCIA FRATURA DE PARED ANTERIOR Y POSTEROLATERAL DE SENOMAXILAR DERECHO. + FRACTURA DE MALAR DERECHO CON EXTENSION A REBORDE INFRAORBITARIO - PISO DE ORBITA + FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO . + FRACTURA PARED LATERAL DE ORBITA DERECHA.
SE CONSIDERA PACIENTE REQUIERE MANEJO QUIRURGICO POR NUESTRO SERVICIO. REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR MALAR ORBITAL Y ARCO CIGOMATICO DERECHO + FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSITESIS.
SE INDICA ALTA POR CIRUGIA MAXILOFACIAL CON MEDICACION ANALGESICA.
SE SOLICITAAUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y MATERIAL
PROGRAMACION AMBULATORIA DE CIRUGIA UNA VEZ PRESENTE RESOLUCION DE EDEMA Y SECUENTE CON AUTORIZACION.
INCAPACIDAD POR 30 DIAS.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES Qx:

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MAXILR MALAR ORBITA Y ARCOCIGOMATICO DERECHO. + FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS.
TIEMPO 1.30 HORAS
MATERIAL: PLACA ENL DERECHA DE 6 ORIFICIOS SISTEMA 2.0 # 1+ TORNILLOS SISTEMA 2.0 X 7MM #6 + PLACA ORBITAL DE 6 ORIFICIOS SISTEMA 1.6 #1 + TORNILLOS DE6MM SISTEMA 1.6 #6

***** FECHA: 24.03.19-21:02:32 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)***

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

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA **********

PACIENTE QUIEN PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO, SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO NO CEFALEA NO EMESIS. REFIERE DOLOR EN HEMICARA DERECHA

AL EF
ALERTA, ORIENTADO, G 15 PINRAL SIMETRIA FACIAL, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES SIMETRICAMENTE. NO DOLOR A LA PALPACION DE ESPINOSAS CERVICO DORSO LUMBARES, EDEMA FACIAL DERECHO

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA NO FRACTURAS, ARTIFICIO DE IMAGEN PUNTIFORME HIPERDENSO EN TODAS LAS SECUENCIAS. FRACTURA DE MALAR DERECHO CON OCUPACION DE SENO MAXILAR DERECHO.

A. PACIENTE SIN HIPERTENSION ENDOCRANEANA CLINICA NI RADIOLOGICA, SIN LESIONES INTRACRANEANAS RADIOLOGICAS POR TRAUMA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO , POR LO CUAL SE CONSIDERA NO AMERITA MANEJO NEUROQUIRURGICO, SE DECIDE DAR ALTA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA PARA REINGRESO A URGENCIAS.

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

EPICRISIS No. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS EN TCE CLINICA DE FRACTURAS.

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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

***** FECHA: 24.03.19-21:42:37 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 1 TAB VO CADA 6 HORAS VIA ORAL POR 5 DIAS.
IBUPROFENO 400 MG TAB CANT: 20 1 TAB VO CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS.

***** FECHA: 24.03.19-21:43:21 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:

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

EPICRISIS No. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

** OTROS:

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

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS

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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

***** FECHA: 24.03.19-21:47:57 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:

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

EPICRISIS No. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.03.19-21:43:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

*** FECHA: 24.04.25-14:52:41 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

TCE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO CON POSTERIOR DOLOR EN HEMICARA DERECHA FRACTURA MALAR DERECHA Y DE SENO MAXILAR DERECHO, REFIERE CEFALEA, NO EMESIS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NA

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

** EXASMEN FISICO:
ALERTA ORIENTADO PINRAL SIMETRIA FACIAL NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO HIPOESTESIA DEL INFRAORBITARIO DERECHO.

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE YA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CITA POR CIRUGIA MAXILOFACIAL

*** FECHA: 24.04.25-15:10:38 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)*

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

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEALES QUE AMERITEN MANEJO POR NEUROCIRUGIA ALTA POR NEUROCIRUGIA POR DOLOR FACIAL VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL

19

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

EPICRISIS No. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

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

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.25-15:10:38 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.05.03-14:33:24 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 122/72 FC: 84 FR: 17 TEMP: 36.2 TALLA: 168 PESO: 90 IMC: 32

** EXASMEN FISICO:
ASIMETRIA FACIAL. DOLOR A LA PALPACION A NIEL DE HEMICARA DERECHA. MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS.

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 13:06
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2GR IV ANTES DE LA CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75MG IV AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: BOLO DE 500CC, COTINUAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CX MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.05.03-14:33:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

18

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

EPICRISIS No. 63058

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.05.03-14:34:31 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 122/72 FC: 84 FR: 17 TEMP: 36.2 TALLA: 168 PESO: 90 IMC: 32

** EXASMEN FISICO:
ASIMETRIA FACIAL. DOLOR A LA PALPACION A NIEL DE HEMICARA DERECHA. MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS.

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 13:0
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 24.05.03-19:16:05 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): DIANA SOTO

HORA INICIAL/FINAL: 17:00 / 18:00 DURACION: 00:59

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR; INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ORBITA (BLOW OUT) VIA: 1 MEDICO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I); INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR VIA: 1 MEDICO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO VIA: 1 MEDICO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
REDUCCION FRACTURA VIA: 1 MEDICO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ

No. DESCRIPCION: 18137
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO:

17

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

EPICRISIS No. 63058

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

ANESTESIOLOGO: DR SEBASTIAN PARRA

HALLAZGOS:
*FRACTURA DE ARCO DE CIGOMATICO DERECHO
*FRACTURA MULTIPLE DE MAXILAR SUPERIOR - PARED ANTERIOR Y LATERAL DE SENO MAXILAR DERECHO.
* FRACTURA MALAR DERECHO.
* FRACTURA ORBITA DERECHO - REBORDE INFRAORBITARIO Y PISO DE ORBITA - PARED LATERAL.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
PAUSA DE SEGURIDAD
PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
BAJO ANESTESIA GENERAL CON INTUBACION OROTRAQUEAL.
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INTRA Y EXTRA ORAL
COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
COLOCACION DE TAPON FARINGEO
INFILTRACION CON ANESTESICO LOCAL CON VASOCONSTRICTOR INTRAORAL Y EXTRAORAL.
VIA 1: INTRAORAL VESTIBULAR MAXILAR. INCISION. ELEVACION DE COLGAJO. EXPOSICION DE FRACTURA MAXIILAR DERECHO Y ARCO CIGOMATICO DERECHO.
SE REALIZA REDUCCION DE FRACTURA MAXILAR Y REDUCCION ARCO CIGOMATICO Y FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PLACAS Y TORNILLOS.
LAVADO PROFUSO. REPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS POR PLANOS ANATOMICOS CON SUTURA REABSORBIBLE.
VIA 2: ABORDAJE EXTRAORAL TRANSCONJUNTIVAL. INCISION. DISECCION POR PLANOS ANATOMICOS. EXPOSICION DE FRACTURA MALAR Y FRACTURA DE ORBITA DERECHO - PISO DE ORBITA DERECHO, REBORDE INFRAORBITARIO DERECHO Y PARED LATERAL DE ORBITA DERECHO. SE REALIZA REDUCCION DE FRACTURA MALAR Y RECONSTRUCCION DE PISO DE ORBITA DERECHO. REDUCCION DE FRACTURA DE REBORDE INFRAORBITARIO Y PARED LATERAL DE ORBITA. SE REALIZA FIJACION CON PLACAS Y TORNILLOS. LAVADO PROFUSO. REPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS POR PLANOS ANATOMICOS.
SE RETIRA TAPON FARINGEO.
FINALIZA PROCEDMIENTO SIN COMPLICACIONES.

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS (CASA COMERCIAL FIJACION EXTERNA):
- 1 PLACA ORBITAL 1.5MM X 6H
- 3 TORNILLO 1.5MM X 5MM AUTOTARRAJANTE
- 1 PLACA EN L 2.0MM REVERSIBLE X 4H C/P L
- 3 TORNILLO 2.0MM X 8MM AUTOTARRAJANTE
- 1 TORNILLO DE EMERGENCIA 2.3MM X 8MM

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.05.03-19:31:07 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE EN POSTQUIRURGICO INMEDIATO DE REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR MALAR ARCO CIGOMATICO Y ORBITA

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

EPICRISIS No. 63058

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

DERECHA FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS. PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION POSTOPERATORIA POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA, CITA DE CONTOL POR LA CONSULTA EXTERNA, RADIOGRAFIA PANORAMICA, SE DAN RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** ANALISIS PLAN:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 28, TOMAR POR 7 DIAS Y SUSPENDER

** OTROS:

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

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA PANORAMICA

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR POR LOS 3 DIAS INICIALES .
- EN EL 4 DIA REALIZAR BUCHES DE AGUA TIBIA HASTA EL CONTROL POR CONSULTA EXTERNA PARA NUEVAS RECOMENDACIONES.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.
- ENJUAGUES BUCALES CON CLORHEXIDINA POR 7 DIAS
- NO SONARSE LA NARIZ POR 15 DIAS
- DIETA LIQUIDA INICIALMENTE Y SEGÚN TOLERANDIA BLANDA POSTERIORMENTE
-NO DORMIR Y HACER PRESION SOBRE HEMICARA DERECHA

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CX MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.05.03-19:30:03 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

15

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

EPICRISIS No. 63058

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

PACIENTE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO

DOC.IDENT:	CC 7704858	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 83 # 5-10		
FCHA.NACTO:	1976.11.27	EDAD:	47 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3134775424
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S024 - FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR		
RELACIONADO 1: S023 - FRACTURA DEL SUELO DE LA ORBITA		

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

DR@. MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
REG. MED: 1032395680

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18137

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -179073 Fecha 03/05/24

Nombre Paciente: PERDOMO PRADA JUAN PABLO 7704858 Edad: 47 Sexo: M

Hora inicio 17:00 Hora fin: 18:00 Duraci¾n: 00:59 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: MIP- MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo: Instrumentacion DIANA SOTO

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

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S024-FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR	1. S024-FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR
2. S023-FRACTURA DEL SUELO DE LA ORBITA	2. S023-FRACTURA DEL SUELO DE LA ORBITA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
16402	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR; INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA	MIP	1 - 1i Interv 100%
16360	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I); INCLUYE	MIP	1 - 1i Interv 100%
16401	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	MIP	1 - 1i Interv 100%
2433	REDUCCION FRACTURA	MIP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: ANESTESIOLOGO: DR SEBASTIAN PARRA

HALLAZGOS:
*FRACTURA DE ARCO DE CIGOMATICO DERECHO
*FRACTURA MULTIPLE DE MAXILAR SUPERIOR - PARED ANTERIOR Y LATERAL DE SENO MAXILAR DERECHO.
* FRACTURA MALAR DERECHO.
* FRACTURA ORBITA DERECHO - REBORDE INFRAORBITARIO Y PISO DE ORBITA - PARED LATERAL.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
PAUSA DE SEGURIDAD
PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
BAJO ANESTESIA GENERAL CON INTUBACION OROTRAQUEAL.
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INTRA Y EXTRA ORAL
COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
COLOCACION DE TAPON FARINGEO
INFILTRACION CON ANESTESICO LOCAL CON VASOCONSTRICTOR INTRAORAL Y EXTRAORAL.
VIA 1: INTRAORAL VESTIBULAR MAXILAR. INCISION. ELEVACION DE COLGAJO. EXPOSICION DE FRACTURA MAXIILAR DERECHO Y ARCO CIGOMATICO DERECHO.
SE REALIZA REDUCCION DE FRACTURA MAXILAR Y REDUCCION ARCO CIGOMATICO Y FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PLACAS Y TORNILLOS.
LAVADO PROFUSO. REPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS POR PLANOS ANATOMICOS CON SUTURA REABSORBIBLE.
VIA 2: ABORDAJE EXTRAORAL TRANSCONJUNTIVAL. INCISION. DISECCION POR PLANOS ANATOMICOS. EXPOSICION DE FRACTURA MALAR Y FRACTURA DE ORBITA DERECHO - PISO DE ORBITA DERECHO, REBORDE INFRAORBITARIO DERECHO Y PARED LATERAL DE ORBITA DERECHO. SE REALIZA REDUCCION DE FRACTURA MALAR Y RECONSTRUCCION DE PISO DE ORBITA DERECHO. REDUCCION DE FRACTURA DE REBORDE INFRAORBITARIO Y PARED LATERAL DE ORBITA. SE REALIZA FIJACION CON PLACAS Y TORNILLOS. LAVADO PROFUSO. REPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS POR PLANOS ANATOMICOS.
SE RETIRA TAPON FARINGEO.
FINALIZA PROCEDMIENTO SIN COMPLICACIONES.

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS (CASA COMERCIAL FIJACION EXTERNA):
- 1 PLACA ORBITAL 1.5MM X 6H
- 3 TORNILLO 1.5MM X 5MM AUTOTARRAJANTE
- 1 PLACA EN L 2.0MM REVERSIBLE X 4H C/P L
- 3 TORNILLO 2.0MM X 8MM AUTOTARRAJANTE
- 1 TORNILLO DE EMERGENCIA 2.3MM X 8MM

AnatomÝa Patol¾gia:

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18137

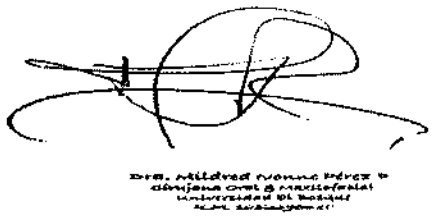
Orden de Servicio N·mero: 180-1 -179073 Fecha 03/05/24

Nombre Paciente: PERDOMO PRADA JUAN PABLO 7704858 Edad: 47 Sexo: M

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

7704858

ADMISION N_: 179073

NOMBRE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO **Num. Id-:** CC 7704858
FECHA NACIMIENTO: 1976.11.27 **EDAD:** 47 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** C
FECHA DE INGRESO: 2024.05.03 **HORA DE INGRESO:** 14:33:24 **Fecha/Hora de registro:** 2024.05.03 14:33
DIRECCION: CALLE 83 # 5-10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3134775424
OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:** CARMEN ADRIANA TRUJILLO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.05.03

<< REGISTRO: 14:33:24 >> (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)

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

"PARA LA CIRUGIA"

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<19.11.25-13:33:50>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL) H.U. 85946
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: TABAQUISMO * Quirurgicos: RESECCION PTERIGIO * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2019.11.25-19:19:05>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 85968

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: DESBRIDAMIENT DE TEJIDOS BLANDOS

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA RAQUIDEA SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATVIOS

--><<2019.11.28-11:59:03>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 86183
* Patologicos: Niega * Traumaticos: ACCIDENTE DE TRANSITO EL 25/11/2019 * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

7704858

ADMISION N_: 179073

NOMBRE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO **Num. Id-:** CC 7704858
FECHA NACIMIENTO: 1976.11.27 **EDAD:** 47 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** C
FECHA DE INGRESO: 2024.05.03 **HORA DE INGRESO:** 14:33:24 **Fecha/Hora de registro:** 2024.05.03 14:33
DIRECCION: CALLE 83 # 5-10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3134775424
OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:** CARMEN ADRIANA TRUJILLO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:33:24 >> (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)

10 / NO APLICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

--><<2019.11.28-14:14:11>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 86203
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 25 DE NOVIEMBRE DEL 2019
REDUCCION CERRADA DE LUXACION ANTERIOR DE HOMBRO IZQUIERDO EL DIA 25 DE NOVIEMBRE DEL 2019
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO EL DIA 28 DE NOVIEMBRE DEL 2019

--><<2020.11.23-13:38:24>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 102819
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO EL DIA 23 DE NOVIEMBRE DEL 2020

--><<2020.11.23-14:45:03>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 102819

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: DESBRIDAMIENTO DE PARTES BLANDAS, REDUCCION DE LUXACION DE HOMBRO, OSTEOSINTESIS DE RADIO D

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA RAQUIDEA Y 2 ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2024.03.19-12:38:53>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 176743
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * .

10

** EXAMEN FISICO **

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

7704858

ADMISION N_: 179073

NOMBRE: PERDOMO PRADA JUAN PABLO **Num. Id-:** CC 7704858

FECHA NACIMIENTO: 1976.11.27 **EDAD:** 47 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** C

FECHA DE INGRESO: 2024.05.03 **HORA DE INGRESO:** 14:33:24 **Fecha/Hora de registro:** 2024.05.03 14:33

DIRECCION: CALLE 83 # 5-10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3134775424

OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:** CARMEN ADRIANA TRUJILLO

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES TA: 122/72 **FC:** 84 **FR:** 17 **Tmp:** 36.2 **PESO:** 90 **TALLA:** 168

EXAMEN FISICO

ASIMETRIA FACIAL. DOLOR A LA PALPACION A NIEL DE HEMICARA DERECHA. MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS.

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S024 FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S023 FRACTURA DEL SUELO DE LA ORBITA

EVOLUCION

NOTA RETROSPECTIVA 13:06

TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CX MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.05.03-14:33:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2GR IV ANTES DE LA CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: BOLO DE 500CC, COTINUAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

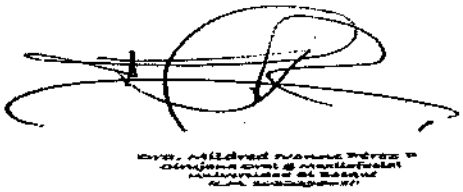
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CX MAXILOFACIAL

FECHA DE EGRESO: 2024.05.03 **HORA DE EGRESO:** 14:33:07 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
Registro Medico: 1032395680

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE: Juan Pablo Perdomo Prada EDAD: 47a SEXO: F ☐ M ☑

IDENTIFICACION: C.C. ☑ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 7704656 DE

FECHA DE ATENCION:

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA

CIRUGIA A REALIZAR: Osteosintesis de arco cigomatico y malar derecho

ANTECEDENTES: QX: ☑ PX: ☑ TX: ☐ TX: ☐ AN: ☑ Ok

ESPECIFIQUE Qx: Osteosintesis de malar derecho, osteosintesis de femur derecho Ptmquic 11 meses. Pat: Hipotiroidismo, Ment: Ferotrauma Toxicos: Fu- mador activo.

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hcto PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA PdeO EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: 110/80 Fc 61 Fr 17 PESO 70 KG TALLA 168 CM

SENSORIO Ok COMPLEXION Ok PROTESIS NO LENTES NO

APERTURA ORAL >4 cm DISTANCIA MENTOGLOTICA > 6 cm MALLAMPAT II IV

	SI	NO	OBSERVACIONES
NORMAL			
CABEZA/CUELLO:			
TORAX: RsCS			
RsRS			
ABDOMEN:			Dren de Redon Derecho
PELVIS:			
GENITALES:			
EXTREMIDADES:			
NEUROLOGICO:			

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: II CLASE FUNCIONAL: >4 METS

GOLDMAN: R.Q. IGO INTERCONSULTAS NO

OBSERVACIONES: NO

OTROS LABORATORIOS: NO

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

Rm 30 oct 2015

R.M.

PACIENTE

C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Perdomo	Piada	Juan Pablo	370458

FECHA				EDAD			SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
3	05	24		47	a		H M	168	90	1 2 3 4 5 U
Día	Mes	Año	Hora	Años	Meses	Días				

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Up			Sin especificar

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.
																	SI NO	NO		

DIAGNOSTICO: Fx de arco cigomático y malar derecho

OPERACION PROPUESTA Reducción de cigomático y malar derecho

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

Moreno Jerohoxm — NO — Rx MSP

ESPECIFICO

NO

FACILIDAD INT. SI NO — VIA AEREA Mp 3 — DIENTES OK — CUELLO Dentro Normales

INT. SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
X	GENERAL

RESUMEN Y PLAN: ASA: II — Riesgo Bx. Bajo — Clase Funcional: 24 Mets

ESTADO PSICOLOGO: Ok

NECESITA SANGRE: NO C.C. — PREMEDICACION: NO — FIRMA: 3/05/24

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: OK

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: 14:00

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA —

REFLEJOS OK

MOTILIDAD OK

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL Rojo Indet

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

COMENTARIOS: Ingresa usuario a sala de recuperación bajo anestesia general sin complicaciones

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

HORA SALIDA Y MOTIVO: 16:00 Mejor

FIRMA

6

EFECTOS PREMEDICACION:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO: Ex de arco aórtico y mala derecha

DIAG POSTOPERATORIO: IDEM

OPERACION: exploracion de arco aórtico y mala derecha

ANESTESIOLOGOS: Dr Parra | CIRUJANOS: Dra Ivonne.

TIEMPO DE AYUNO — LIQUIDO: 7h | SOLIDO: 7h

TECNICA — LOCAL ___ BLOQUEO ___ GENERAL X CAUDAL ___ OTRA ___

DESOCIATIVA ___ EPIDURAL ___ ESPINAL ___ ESPACIO ___ NIVEL ___ AGUA ___

POSICION: D-I | D-I | D | D | D-I

REPARACION: CCSC ___ CSA ___ CCC ___

E: VCD-A

A:

C:

I OT No. #7.1

I NT No. #7.1

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 Lidocaina
7 Fentanilo
8 Rocuronio
9 Propofol
10 Dexmedetomidina
11 Diprivan
12 Midazolam
13
14
15
16

230 22 210 20 190 18 170 16 150 14 130 12 110 10 90 8 70 6 50 4 30 2 10

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES: Sevo | Desflu

	FO	FO	FO	FC	FI	
	2.5	1.5	1.5	1.5	—	

1 2 3 4 5

VCD-A

HEMORRAGIAS: NO

DIURESIS: ND

TOTAL ___ C.C. ___ C.C.

TOTALES

1 —	2	3 —	4 —
5 —	6 90mg IV	7 200mg IV	8 25mg IV
9 150mg IV	10 4mg IV	11 2gr IV	12 30mg IV
13 —	14	15 —	16 —

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO: tranquilo, colaborador

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO: somnoliento en ventilación espontánea

OBSERVACIONES: (1) Mantiene parcial no invasiva, acceso venoso periférico.

(2) Inducción endovenosa, convencional fácil mascarilla laringoscopia Cormack #3 sin maniobra para cricoidea. No complicaciones

(3) Protección ocular, MMII en cobijas, protegidos con gel.

PAM 30/01/2019

FIRMA Y CODIGO

COMERCIALIZADORA Filación EXTERNA S.A.S

NIT. 900251176-1 Régimen Común

SC-CER455599

Fecha y Hora de Generación 2024-05-20 10:29:05

CUFE: ce3af486e15873eac6d9cc2e9c0432a734ef4021ad55e9922096df6c759db104709c50b4d331c4a18314a37fe15ed5bd

CIUDAD EXPEDICIÓN	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA CIRUGIA	FACTURA DE VENTA ELECTRONICA
PASTO	2024-05-20	2024-06-19	2024-05-03	**CFEE 47226**

CLIENTE: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA — NIT: 800110181-9

DIRECCIÓN CLIENTE: CLL 18 N° 6 - 65 BARRIO QUIRINAL — CIUDAD: NEIVA

SEDE: NEIVA — TELÉFONO: 8756349 — PEDIDO:9651

PACIENTE: JUAN PABLO PERDOMO PRADA — MEDICO: PEREZ MILDRED

No. HCL: 7704858 — CLINICA: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

REF	DESCRIPCIÓN	LOTE	CAN.	V. UNITARIO	IVA	V. TOTAL
FEPO1506	PLACA ORBITAL 1.5MM X 6H	0	1	482,600	0	482,600
FE1505A	TORNILLO 1.5MM X 5MM AUTOTARRAJANTE	0	3	172,800	0	518,400
FEL204L	PLACA EN L 2,0MM REVERSIBLE X 4H C/P L	0	1	488,600	0	488,600
FE2008A	TORNILLO 2.0MM X 8MM AUTOTARRAJANTE	0	3	172,800	0	518,400
FE2308E	TORNILLO DE EMERGENCIA 2,3 MM X 8 MM	0	1	250,900	0	250,900

COMERCIALIZADORA Filación

Factura Copia

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS

RECIBIDO Y ACEPTADO
(FIRMA Y SELLO)

ELABORO: MARILYN INSUASTY

VALOR	$ 2,258,900.00
DESCUENTO	$ 0.00
SUBTOTAL	$ 2,258,900.00
IVA	$ 0.00
RETE. FUENTE	$ 0.00
RETE ICA	$ 0.00
TOTAL	$ 2,258,900.00

Esta factura se asimila en sus efectos a la letra de cambio segun Art. 774 del código de comercio. Después de vencida cobramos intereses de mora a la tasa establecida por la ley. Cheques devueltos por fondos insuficientes, sanción del 20%.
No aceptamos devolucionesde mercancia que presente deterioro

CUENTAS PARA CONSIGNACIÓN: BANCO DE BOGOTA CTA. CTE. No. 693000069 // BANCOLOMBIA CTA. CTE. No. 879-512677-24 // BANCO DE OCCIDENTE CTA. CTE. No. 050-01164-2 // BANCO DAVIVIENDA CTA. CTE. No. 1086 6999 9964

Resol. Dian: 18764058292381-2023/10/26-AUTORIZA NUMERACION CFEE 40001 AL CFEE 60000

FACTURA ELECTRONICA GENERADA POR HGI SAS. NIT. 811021438-4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-May-2024 15:08:0

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

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 07 CIRUGIA AMBULATORIA

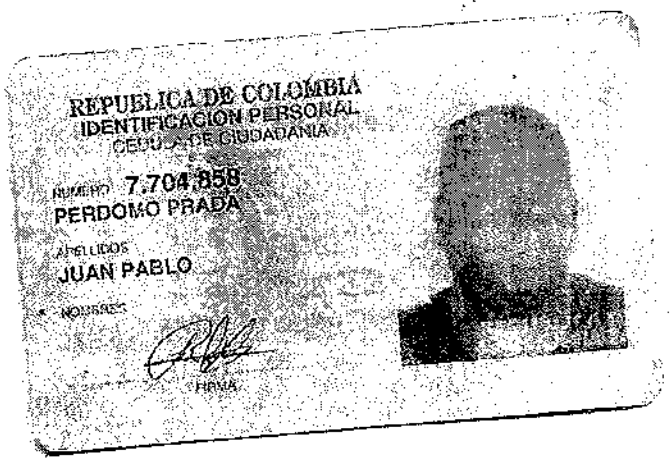
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.05.0 14:33

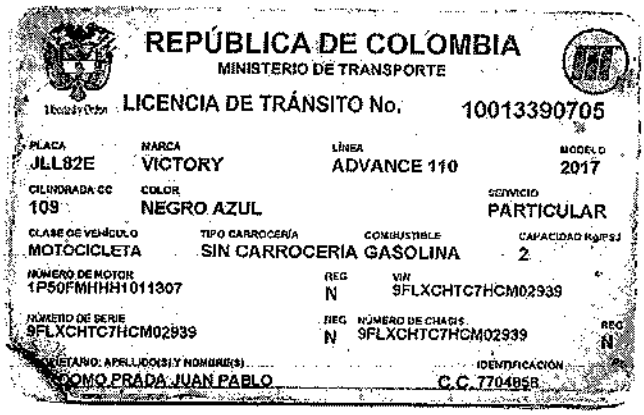
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 47 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
7704858 PERDOMO PRADA JUAN PABLO	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 83 # 5-10	3134775424

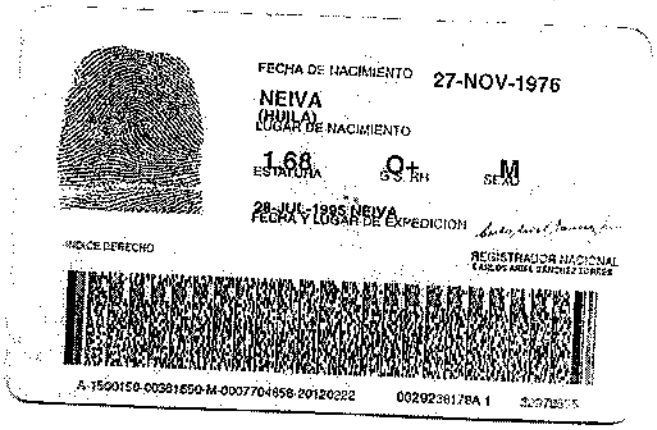
FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.05.03	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	RHL	74.00
2024.05.03	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	RHL	10.00
2024.05.03	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	RHL	1.00
2024.05.03	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	RHL	59.00
2024.05.03	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	RHL	1.00
2024.05.03	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	RHL	10.00
2024.05.03	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	RHL	1.00
2024.05.03	VIT	DEXA	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML	RHL	1.00
2024.05.03	ZMD	LACTATO	LACTATO DE RINGER USP BOLSA X 500ML	RHL	3.00
2024.05.03	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	RHL	5.00
2024.05.03	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	RHL	3.00
2024.05.03	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	RHL	1.00
2024.05.03	ZMQ	NOVOSYN	VICRIL SUTURA # 3/0	RHL	1.00
2024.05.03	ZMQ	NOVOSYN 4	VICRIL SUTURA # 4/0	RHL	1.00
2024.05.03	ZMQ	HUMIFICAD	HUMIFICADOR PARA OXIGENO MEDICINAL	RHL	1.00
2024.05.03	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	RHL	1.00
2024.05.03	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	RHL	1.00
2024.05.03	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	RHL	1.00
2024.05.03	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	RHL	1.00
2024.05.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	RHL	100.00
2024.05.03	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	RHL	100.00
2024.05.03	SHE	SONDA	SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG	RHL	1.00
2024.05.03	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	RHL	2.00
2024.05.03	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	RHL	2.00
2024.05.03	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	RHL	10.00
2024.05.03	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	RHL	10.00
2024.05.03	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	RHL	2.00
2024.05.03	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	RHL	2.00
2024.05.03	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	RHL	2.00
2024.05.03	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	RHL	2.00
2024.05.03	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	RHL	2.00
2024.05.03	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	RHL	2.00
2024.05.03	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	RHL	2.00
2024.05.03	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	RHL	2.00
2024.05.03	GOL	ESTELITE	ESTILETE PARA INTUBACION NO.14	RHL	1.00

4


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.704.858
PERDOMO PRADA
APELLIDOS
JUAN PABLO
NOMBRES
FIRMA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013390705
PLACA JLL82E
MARCA VICTORY
LÍNEA ADVANCE 110
MODELO 2017
CILINDRADA CC 109
COLOR NEGRO AZUL
SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA
TIPO CARROCERÍA SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE GASOLINA
CAPACIDAD No/PSJ 2
NÚMERO DE MOTOR 1P50FMHHH1011307
REG N
VIN 9FLXCHTC7HCM02939
NÚMERO DE SERIE 9FLXCHTC7HCM02939
REG N
NÚMERO DE CHASIS 9FLXCHTC7HCM02939
REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PERDOMO PRADA JUAN PABLO
IDENTIFICACIÓN
C.C. 7704858

3



FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1976
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
28-JUL-1995 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00381650-M-0007704858-20120222 0029236178A 1

RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE ******
POTENCIA HP 8
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902016000264070
VR FECHA IMPORT 1 21/12/2016
PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA 06/02/2017
FECHA EXP. LIC. TTO. 06/02/2017
FECHA VENCIMIENTO ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT01007141024

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:	**JLL82E**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10013390705**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**VICTORY**	LÍNEA:	**ADVANCE 110**
MODELO:	**2017**	COLOR:	**NEGRO AZUL**
NÚMERO DE SERIE:	**9FLXCHTC7HCM02939**	NÚMERO DE MOTOR:	**1P50FMHHH1011307**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FLXCHTC7HCM02939**	NÚMERO DE VIN:	**9FLXCHTC7HCM02939**
CILINDRAJE:	**109**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**06/02/2017**
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
8121784100	01/04/2024	02/04/2024	01/04/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8107846100	31/03/2023	01/04/2023	31/03/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-63998 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es PERDOMO PRADA JUAN PABLO

HISTORIA No. 7704858

GLOSA No: ZGL-1-48969 **SINIESTRO:** 63998

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313271

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: 13/11/2024

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-FEC1-63998 fechada el dia 24.09.18 cuyo paciente es PERDOMO PRADA JUAN PABLO

HISTORIA No. 7704858

GLOSA No: ZGL-1-48969 **SINIESTRO:** 63998

>> 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

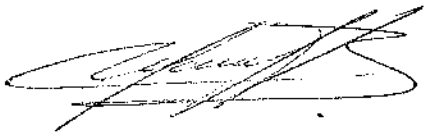
- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

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:	10,430,730.00
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.	20306960	**No.**	195227	**Siniestro**	90745091	**No. Factura**	FEC163998		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	18/03/2024	**Fecha aviso**	03/05/2024	**Fecha recepción**	07/10/2024	
Fecha formalización	07/10/2024	**Fecha liquidación**	25/10/2024	**Póliza**	812178410	**Vigencia**	02/04/2024	**hast**	01/04/2025
Id tomador	7704858	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	7704858	**Nombre**	JUAN PABLO PERDOMO PRADA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S099					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	16402	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR| INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ÓRBITA (BLOW OUT)		100%	648,600	0	648,600
3	39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 10	//	100%, 100%, 100%	837,600	0	837,600
3	39121	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 10	//	100%, 100%, 100%	397,100	0	397,100
3	39212	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 10	//	100%, 100%, 100%	2,318,400	0	2,318,400
3	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACION, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13	//	100%, 100%, 100%	1,622,600	0	1,622,600
1	16360	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I)| INCLUYE INMOVILIZACIÓN INTERMAXILAR		100%	486,400	0	486,400
1	16401	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO			100%	324,300	0	324,300
1	2433	REDUCCION FRACTURA			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 CIRUGIA GRUPO 09			100%	435,600	0	435,600
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACION, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09			100%	307,100	0	307,100
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	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA			100%	71,500	0	71,500
1	777100	MAOS				2,258,900	0	2,258,900
1	77702	INSUMOS				114,330	0	114,330

1001	Cobrado	10,430,730
1002	Obj. Parcial	122,400
1003	Liquidado	10,308,330

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 8 de 02 de 2025 a las 08:11:08 AM
Página: 1

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

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

Factura electrónica de venta:
No. FEC163998

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fad0a1e3f2cc5b0114be97a3dfa722ddeb71412349befcefc5d84e1e84951f12160b4fc54adea845aba72e2f62447bb0

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
10430730

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-18 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
41688ff7a0d70aa250fdb12a10335d4ace38dedc54d05e54b271f9818e4944e4e5d2ae26c1bda67ac267e84b50a6661e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 05:37:52.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

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

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:11:08 AM
Página: 2

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

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC163998

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fad0a1e3f2cc5b0114be97a3dfa722ddeb71412349befcefc5d84e1e84951f12160b4fc54adea845aba72e2f62447bb0

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
3e1d3d15df6850bc46599d4a410e4bd06ad67a68f7ef814c1b881f6a247e31d4dc0d9e0c6889946dc267ced75a52809c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-18 05:48:42.000 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:
da9b43237fc9b61cd489c94d19e45a0da0627df7f00b60ee45a48f14b8b918468c45ee71ba1bb083e6c466cc834676cc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:42:31.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

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. FEC163998

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fad0a1e3f2cc5b0114be97a3dfa722ddeb71412349befcefc5d84e1e84951f12160b4fc54adea845aba72e2f62447bb0

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
91ce6b532cb3812420103b7a3a716f1778603128a151859a92f91ab2ad215eeed686a8e5d568cc9435a35480b774f1c9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:42:41.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.09.19	12:20:46	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64044

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 182300

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2024.07.01 - 04:07 2024.07.01 - 09:16

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON
EDAD : 23 Años
DIRECCION: NO REGISTRA NEIVA
TELEFONO: 3223846283

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	1-Jul-2024	S55101					CAR	1	95,500	95,500
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								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
935100	VENDA YESO DE 4X5								3	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								3	0	0
	VENDA ALGODON 4X5								3	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								3	4,892	14,676
19996776-01	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
19986384-02	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19978256-12	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								1	0	0
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	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700

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

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

Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308181

Cufe: ceaff9336da796ad1dadc61d715fb63365c6c893e383c73383b50d68281fac7f1b1bbeda0d153dd47692812bc078a47e

Software: GEMA. Fabricante: Intelligencia 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

28

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.19	12:20:46	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64044

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 182300

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2024.07.01 - 04:07 2024.07.01 - 09:16

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON
EDAD : 23 Años
DIRECCION: NO REGISTRA NEIVA
TELEFONO: 3223846283

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	1-Jul-2024	S55101					CAR	1	95,500	95,500
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								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
935100	VENDA YESO DE 4X5								3	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								3	0	0
	VENDA ALGODON 4X5								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600
MEDICAMENTOS											
19927257-08	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								2	3,758	7,516
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19986384-02	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19978256-12	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								1	0	0
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	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.01	873206		HOS				1	69,700	69,700

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

Cufe: ceaff9336da796ad1dadc61d715fb63365c6c893e383c73383b50d68281fad7f1b1bbcdd4e163dd47692812bc078a47e

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

28

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.19	12:20:46	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64044

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	2024.07.01	873121		HOS				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.01	873121		HOS				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.01	873121		HOS				1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.07.01	879111		HOS				1	690,900	690,900
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2024.07.01	879131		HOS				1	758,200	758,200
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.01	902208						1	34,300	34,300
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.01	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.01	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.07.01	935304		CAR				1	77,700	77,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.01	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.01	890701		HOS				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.01	S22101		KML				1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.07.01	S22103		CAR				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	2,844,592	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,844,592

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.19 12:21:28 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: ceaff9336da796ad1dadc61d715fb63365c6c893e383c73383b50d68281fad7f1b1bbcdd4e163dd47692812bc078a47c

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

27

FACTURA:	64044
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,385,192
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,459,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

585

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

EAT

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- 64044

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
PEREZ	VALENCIA

1er.Nombre	2do.Nombre
GERSON	

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1192745227

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 21/03/2001 Sexo: F M[X] O

Direccion: NO REGISTRA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3223846283

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	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 2 CON CALLE 25

Fecha Evento/Accidente: 01/07/2024 Hora: 03:52

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 PMG70G, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR MICROSUEÑO 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: PMG70G

Tipo de Vehiculo:												
	Automovil	[ ]	Bus	[ ]	Buseta	[ ]	Camion	[ ]	Camioneta	[ ]		
	Campero	[ ]	Microbus	[ ]	Tractocamion	[ ]	Motocicleta	[X]	Motocarro	[ ]		
	Mototricicio	[ ]	Cuatrimoto	[ ]	Moto extranjera	[ ]	Vehic. Extranjero	[ ]	Volqueta	[ ]		

Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8115229300 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 25/07/2023 Hasta: 24/07/2024

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

NAVARRO	ZAPATA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
LUCY	ELENA
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 52182795

Direccion: CALLE 82 N 5 69

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3217025955 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

NAVARRO	AMOROCHO
1er.Apellido	2do.Apellido
JOHAN	SEBASTIAN
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 1003804753

Direccion: CALLE 82 N 5 69

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3217025955

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: 01/07/2024 a las 04:07

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Fecha de Egreso: 01/07/2024 a las 09:16

Diagnostico presuntivo de Egreso
T016 HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES

Diagnostico definitivo de Egreso
S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Egreso
S622 FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO

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

Numero 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	2844592	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. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2024.07.01	HORA DE INGRESO: 04:07
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2024.07.01	HORA DE EGRESO: 09:16
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO:	S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
CONFIRMADO:	S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1:	S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2:	S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.01-04:25:54 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 PMG70G, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR MICROSUEÑO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 04+03 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: 170/90 FC: 120 FR: 20 TEMP: 36.8 TALLA: 170 PESO: 70 IMC: 24 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.
<<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
<<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. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA DERECHAS, TAMBIEN EN CODO IZQUIERDO, 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>>
SE EVIDENCIANN ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICFO EN REGIONES FRONTAL IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO D Y RODILLA DERECHO, DORSOLUMBAR, CODO IZQUIERDO Y RODILLA 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 HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

25

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.01-04:40:10 MEDICO: / (AUXIL. KML - KARLA MELISA LOPEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 04:26 / 04:30 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: KARLA MELISA LOPEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ESPALDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

*** FECHA: 24.07.01-06:42:19 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.

24

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

***** FECHA: 24.07.01-06:44:44 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, PACIENTE PERSISTE CON SINTOMATOLOGIA (DOLOR EN MUÑECA DERECHA) POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA, EN EL MOMENTO ESTABLE, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR AHORA CONTINUAR EN VIGILANCIA CLINICA INTRAHOSPITALARIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

PLAN:
DEJAR EN OBSERVACION.
SS VALORACION POR ORTOPEDIA.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.
CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CUALQUIER ALTERACION.

***** FECHA: 24.07.01-06:48:57 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: 10260, NEU: 69.9, LIN: 15.2, HGB: 13.4, HCTO: 39.2, PLAQ: 207000

TP: 13.7, TTP: 28.2, INR: 0.91

HEMOGRAMA CON LEVE LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA, TIEMPOS DE COAGULACION EN LA NORMALIDAD.

***** FECHA: 24.07.01-07:48:23 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
***NOTA ACLARATORIA: SE REVISAN NUEVAMENTE IMAGENES DONDE SE EVIDENCIA: RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA: SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO DISTAL NO DESPLAZADA. ***

23

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

***** FECHA: 24.07.01-07:51:04 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 07:40 / 07:50 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO + CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.07.01-07:51:12 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - 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
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO + CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.07.01-09:11:32 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO,
AL EXAMEN FISICO: SE EVIDENCIA DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONA EL ÚÑO Y PRIMER DEDO MANO DERECHA, NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO.
DX: FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO.
PACIENTE CON FRACTURAS DESCRITAS EN EL MOMENTO INMOVILZIADO, SE PROGRAMA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EL DIA MIERCOLES 3 DE JULIO DE 2024. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
ASISTIR A CIRUGIA PRIORITARIA EL 03/07/2024
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

** PLAN DE MANEJO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO MANO DERECHA
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS PARA RADIO DISTAL ANGLO VARIABLE + SET DE TORNILLOS
DIA 03/07/2024
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

***** FECHA: 24.07.01-09:16:30 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA, YA CUENTA CON ORDEN DE PROGRAMACION QUIRURGICA POR PARTE DE ORTOPEDIA, SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORDEND E CIRUGIA PLASTICA EGRESA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES

** PLAN DE MANEJO:
** OTROS:

- ELEVACION DE EXTREMIDAD LESIONADA
- MANTENGA VENDAJE SECO Y LIMPIO
- UTILICE UNA BOLSA RESISTENTE AL AGUA PARA EVITAR MOJAR VENDAJE, MIENTRAS SE DUCHA.
- 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.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL

** ORDENES MEDICAS:

ASISTIR A CIRUGIA PROGRAMADA EL DIA 03/07/2024 A LAS 11+00 AM EN AYUNAS. ANUNCIARSE EN RECEPCION

***** FECHA: 24.07.01-09:17:02 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:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.01-09:16:33 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S525 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	CERRADA	
RELACIONADO 1:	S622 - FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO	CERRADA	
RELACIONADO 2:	S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO 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. Horacio Ordoñez S.
Medico Cirujano
R.M. 1075271438

DR@. HORACIO ORDOÑEZ SALGADO
REG. MED: 1075271438

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182300

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182300 **Fecha** 2024/07/1

Nombre Paciente: PEREZ VALENCIA GERSON - 1192745227 **Edad:** 23 **Sexo:** M

Quien Realiza: KML- KARLA MELISA LOPEZ **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	KML	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ESPALDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION. SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

Karla Lopez

QUIEN REALIZA

Cesar Perez

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,15-Ago-2024 17:45:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.07.0 04:07
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 23 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON 1 NIVEL I NEIVA NO REGISTRA 3223846283

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.01	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	10.00
2024.07.01	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	10.00
2024.07.01	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	1.00
2024.07.01	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	5.00
2024.07.01	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	1.00
2024.07.01	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	KML	1.00
2024.07.01	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	KML	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182300

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182300 **Fecha** 01/07/2024

Nombre Paciente: PEREZ VALENCIA GERSON - 1192745227 **Edad:** 23 **Sexo:** M

Quien Realiza: CAR- CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
2. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
3. S622-FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	CAR	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO + CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

Carlos A. Andrade
F.U.C.S.
R.M. 1098

QUIEN REALIZA

Gerson Perez

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,15-Ago-2024 17:45:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.07.0	04:07
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	23 Años		**Fecha Egreso :**	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON	1 NIVEL I		NEIVA	NO REGISTRA	3223846283

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.01	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	CAR	3.00
2024.07.01	ME	VENDA4X5	VENDA ALGODON 4X5	CAR	3.00
2024.07.01	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 4X5	CAR	3.00

PACIENTE: 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON **EDAD:** 23

DIRECCION: NO REGISTRA **TELEFONO:** 3223846283

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63962 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.30 **Nº POLIZA:** 8115229300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 1 de julio de 2024						
04:26:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:26:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:26:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:26:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	DANI	
04:26:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:26:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	DANI	
04:26:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		NOCHE	DANI	
04:26:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	4.00		NOCHE	DANI	
04:26:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
04:26:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
04:26:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 18.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407010006

PEREZ VALENCIA GERSON

202407010006

Documento	: CC1192745227	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2001-06-12	Edad	: 23 Años	Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección		Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso : 2024-07-01 06:08:04 am	F. Impreso : 2024-07-01 06:30:32 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	10.26	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.33	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	13.4	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	39.2	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	90.6	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	30.9	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.1	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	207	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	69.9	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	15.2	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	14.4	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	0.40	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.10	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	7.17	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	1.56	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	1.48	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.04	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	10.3	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	44.1	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.2	%	11.5 - 14.5
PDW	15.8		
PCT	0.214	%	

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	13.70	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	28.20	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.91		

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 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

	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 900422862-8

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

202407010003	CLINICA DE FRACTURAS	1010022451	DAMARIS		PULIDO	CASTAÑEDA	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407010003	CLINICA DE FRACTURAS	1010022451	DAMARIS		PULIDO	CASTAÑEDA	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407010003	CLINICA DE FRACTURAS	1010022451	DAMARIS		PULIDO	CASTAÑEDA	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407010003	CLINICA DE FRACTURAS	1010022451	DAMARIS		PULIDO	CASTAÑEDA	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407010003	CLINICA DE FRACTURAS	1010022451	DAMARIS		PULIDO	CASTAÑEDA	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
WILSON ANDRES CASTILLO CUCHIMBA										
202407010004	CLINICA DE FRACTURAS	7722516	WILSON	ANDRES	CASTILLO	CUCHIMBA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407010004	CLINICA DE FRACTURAS	7722516	WILSON	ANDRES	CASTILLO	CUCHIMBA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407010004	CLINICA DE FRACTURAS	7722516	WILSON	ANDRES	CASTILLO	CUCHIMBA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407010004	CLINICA DE FRACTURAS	7722516	WILSON	ANDRES	CASTILLO	CUCHIMBA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407010004	CLINICA DE FRACTURAS	7722516	WILSON	ANDRES	CASTILLO	CUCHIMBA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407010004	CLINICA DE FRACTURAS	7722516	WILSON	ANDRES	CASTILLO	CUCHIMBA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
PAOLA ANDREA CARDOZO VALDES										
202407010005	CLINICA DE FRACTURAS	1007672734	PAOLA	ANDREA	CARDOZO	VALDES	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202407010005	CLINICA DE FRACTURAS	1007672734	PAOLA	ANDREA	CARDOZO	VALDES	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407010005	CLINICA DE FRACTURAS	1007672734	PAOLA	ANDREA	CARDOZO	VALDES	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
GERSON PEREZ VALENCIA										
202407010006	CLINICA DE FRACTURAS	1192745227	GERSON		PEREZ	VALENCIA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407010006	CLINICA DE FRACTURAS	1192745227	GERSON		PEREZ	VALENCIA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407010006	CLINICA DE FRACTURAS	1192745227	GERSON		PEREZ	VALENCIA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
ELIECER SARMIENTO GONZALEZ										

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:	24.08.26
HORA:	08:09:57
PAGINA No:	1

Numero: 91023 Fecha Ex. 01/07/24 Hora 10:23
Nombre Paciente: 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON
Dirección: NO REGISTRA Telefono:3223846283 Edad:23 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 CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo derecho observándose imagen significativa de la fractura sin desprendimiento del extremo distal del radio también se advierte desprendimiento de la apófisis estiloides del cubito.
El resto del examen de la diáfisis de cubito y radio no muestra alteraciones.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño derecho observándose nuevamente la fractura del extremo distal del radio sin desplazamiento y desprendimiento de la apófisis estiloides del cubito.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro derecho observándose la articulación escapula humeral con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares 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.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha observándose una imagen de foco de fractura del tercio medio cortical de la 2° falange del dedo

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.26
HORA:	08:09:57
PAGINA No:	2

Numero: 91023 Fecha Ex. 01/07/24 Hora 10:23
Nombre Paciente: 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON
Dirección: NO REGISTRA Telefono:3223846283 Edad:23 A Sexo:M
Medico: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

pulgar con pequeño levantamiento óseo a este nivel.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se advierten alteraciones.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.
No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.
La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.
No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.
No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

TAC DE CARA:

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.
Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas esta conservado.
El puente nasal y el septum óseo no muestran alteraciones.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.
El aspecto de la articulación temporo mandibular y las ramas ascendentes del maxilar inferior no muestran cambios, tampoco se advierten otras irregularidades de los segmentos del maxilar inferior aparentes en el estudio.

CONCLUSION:
ESCANOGRAFIA DE LA CARA:
Dentro de limites normales.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.26
HORA:	08:09:57
PAGINA No:	3

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 01/07/2024

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Gerson Perez Valencia identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1192145224, 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 01/07/24 a través de SOAT ☑ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

Gerson P.V.

Firma
Nombre:
c.c.

HUELLA

Acudiente o Representante

Firma
Nombre:
c.c.

HUELLA

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	1192745227
NOMBRES	GERSON
APELLIDOS	PEREZ VALENCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/01/2024 04:10:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

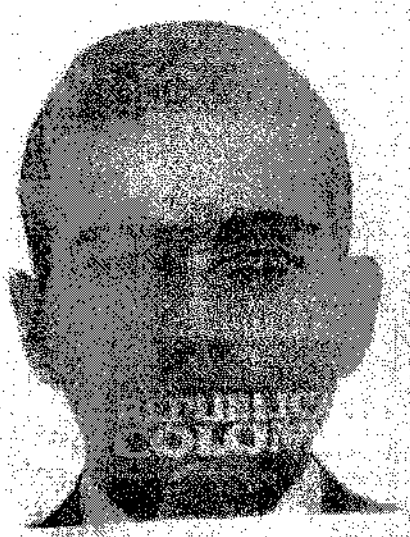
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.003.804.753

APELLIDOS
NAVARRO AMOROCHO

NOMBRES
JOHAN SEBASTIAN

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029830562

PLACA
[illegible]

MARCA
SUZUKI

LÍNEA
VIVA R COOL

MODELO
2024

COLOR
BLANCO

SERVICIO
PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO
MOTOCICLETA

TIPO CARROCERÍA
SIN CARROCERÍA

NACIONALIDAD
COLOMBIANA

CILINDRADA
2

NÚMERO MOTOR
[illegible]

NRO
N

NÚMERO DE CHASIS
[illegible]

REG
N

FECHA MATRICULA
[illegible]

PROPIETARIO
[illegible]

IDENTIFICACIÓN
[illegible]

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-2001

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

02-JUL-2019 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

R-1900100-01217937-M-1003804753-20210224 0073545627A 1 9914826463

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
8

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
16232300[illegible]

VIN FECHA IMPORT
1 09/08/2023

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
26/07/2023

FECHA EXP. LICENCIA TTO
26/07/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SECRETARIA DE MOVILIDAD HUILA-NEIVA

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:	**PMG70G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10029630562**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**SUZUKI**	LÍNEA:	**VIVA R COOL**
MODELO:	**2024**	COLOR:	**BLANCO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**E482-234818**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FSBE4EW2RC103918**	NÚMERO DE VIN:	**9FSBE4EW2RC103918**
CILINDRAJE:	**113**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**26/07/2023**
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
8115229300	24/07/2023	25/07/2023	24/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO 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: 13/11/2024

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-FEC1-64044 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es PEREZ VALENCIA GERSON

HISTORIA No. 1192745227

GLOSA No: ZGL-1-48971 **SINIESTRO:** 64044

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313272

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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> **ITEM GLOSADO 2:** SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	690900.00	

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: 13/11/2024

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-FEC1-64044 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es PEREZ VALENCIA GERSON

HISTORIA No. 1192745227

GLOSA No: ZGL-1-48971 **SINIESTRO:** 64044

>> 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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	690900.00	

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	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 INTENSA 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 3: 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:

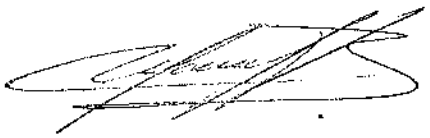
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA 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. POR LO TANTO, 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:	2,844,592.00
VALOR GLOSADO :	1459400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1459400.00
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.	20308191	**No.**	198235	**Siniestro**	90752050	**No. Factura**	FEC164044		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	01/07/2024	**Fecha aviso**	10/07/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**Póliza**	811522930	**Vigencia**	25/07/2023	**hast**	24/07/2024
Id tomador	52182795	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1192745227	**Nombre**	GERSON PEREZ VALENCIA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S501					**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
5	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	348,500	0	348,500
3	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	271,200	0	271,200
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.	100%	758,200	758,200	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	EE. NO SE RECONOCE 39143 NO PERTINENTE SE HOMOLOGA A COD 39132 SEGUN LO REPORTADO EN LA HC.	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	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	95,500	0	95,500
1	77702	INSUMOS			16,200	0	16,200
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	59,292	0	59,292
1	38925	SALA DE OBSERVACIÓN		100%	116,700	0	116,700

1001	Cobrado	2,844,592
1002	Obj. Parcial	1,459,400
1003	Liquidado	1,385,192

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 8 de 02 de 2025 a las 08:11:44 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164044

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ceaff9336da796ad1dadc61d715fb63365c6c893e383c73383b50d68281fad7f1b1bbcdd4e163dd47692812bc078a47e

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2844592

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-19 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
bcfdd3fdb47d71e626fdfec51cebf3daa5a5febcab940a9ae880d95ace5e0c33b4181da232b5c396c1dfa5bf334cf1dd

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 12:21:27.000 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. FEC164044

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ceaff9336da796ad1dadc61d715fb63365c6c893e383c73383b50d68281fad7f1b1bbcdd4e163dd47692812bc078a47e

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
c8cdf6a7454d6045b150f5ccd2b395bbfb42a069ac690b0961b8eb3baf870c1c6aa6f31edf77a8a1a65efadd41b361d6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 12:34:57.000 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:
359c72819050e8f24402d55206c830c074ec2459466fa1c6eebf8ed06a58f59eb87d7c2a508e2860881d932d82d11dba

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:42:10.000 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

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. FEC164044

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ceaff9336da796ad1dadc61d715fb63365c6c893e383c73383b50d68281fad7f1b1bbcdd4e163dd47692812bc078a47e

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
ff9d28043a868a11addba797f8d745f07d1dff192287eec31e629efccd4db7c42021d8bf032bf8183059b8d22d301af5

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:42:20.000 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

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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.19	12:25:11	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64045

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 182308
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | | 2024.07.01 - 04:07 | 2024.07.01 - 12:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON EDAD : 23 Años
DIRECCION: NO REGISTRA NEIVA TELEFONO: 3223846283
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)	1-Jul-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	1-Jul-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	1-Jul-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	1-Jul-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	1-Jul-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	1-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	1-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	1-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	1-Jul-2024	39302	4		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
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								3	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 6.5 MEDISPO								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	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
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	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
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								25	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								25	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.01	890202					RGM	1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.01	890202					JHT	1	61,200	61,200
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2024.07.01	MERCUCROMO					LYC	1	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CA... ART. 774 667 CODIGO DE 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: FEC1-0005595 Has... 1-00080000 AUTORIZA

Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308192

Cufe: 3e59d49d896d8407fce75229a3bb8e86b82d07ab68dc966e8e6863fcdb390... 3e8d857bc8808d1474

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 ,2024.09.19	12:25:11	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64045

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: AMBULATORIA
ORDEN SS 182308
FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
2024.07.01 - 04:07 2024.07.01 - 12:32

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON
EDAD : 23 Años
DIRECCION: NO REGISTRA NEIVA
TELEFONO: 3223846283
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
15202	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	1-Jul-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	1-Jul-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	1-Jul-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	1-Jul-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	1-Jul-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2I+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	1-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	1-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	1-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	1-Jul-2024	39302	4		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
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								3	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								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
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996776-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								25	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								25	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.01	890202					RGM	1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.01	890202					JHT	1	61,200	61,200
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2024.07.01	MERCUCROMO					LYC	1	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 3e59d49d896d8407fce75229a3bb8e86b82d07ab68dc966e8e6863fcdb3903d6be8f703378b1178e8d857bc8808d1474

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 ,2024.09.19	12:25:11	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64045

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	2,774,600	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,774,600

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.19 12:25:50 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

Cufe: 3e59d49d896d8407fce75229a3bb8e86b82d07ab68dc966e8e6863fcdb3903d6bc8f703378b1178e8d857bc8808d1474

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:	64045
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,652,200
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 122,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64045

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
PEREZ	VALENCIA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
GERSON	

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1192745227

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 21/03/2001 Sexo: F M[X] O

Direccion: NO REGISTRA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3223846283

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 [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 2 CON CALLE 25

Fecha Evento/Accidente: 01/07/2024 Hora: 03:52

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 PMG70G, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR MICROSUEÑO 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: PMG70G

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 8115229300 intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 25/07/2023 Hasta: 24/07/2024 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

NAVARRO	ZAPATA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
LUCY	ELENA
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] — No. Documento 52182795

Direccion: CALLE 82 N 5 69

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3217025955 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

NAVARRO	AMOROCHO
1er.Apellido	2do.Apellido
JOHAN	SEBASTIAN
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] — No. Documento 1003804753

Direccion: CALLE 82 N 5 69

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3217025955

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: 01/07/2024 a las 04:07

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Fecha de Egreso: 01/07/2024 a las 12:32

Diagnostico presuntivo de Egreso
T016 HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES

Diagnostico definitivo de Egreso
S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Egreso
S622 FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO

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

Número 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	2774600	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. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.01 — HORA DE INGRESO: 04:07
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.07.01 — HORA DE EGRESO: 12:32
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.01-04:25:54 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 PMG70G, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR MICROSUEÑO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 04+03 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: 170/90 FC: 120 FR: 20 TEMP: 36.8 TALLA: 170 PESO: 70 IMC: 24 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.
<<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
<<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>>

23

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA DERECHAS, TAMBIEN EN CODO IZQUIERDO, 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>>
SE EVIDENCIANN ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICFO EN REGIONES FRONTAL IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO D Y RODILLA DERECHO, DORSOLUMBAR, CODO IZQUIERDO Y RODILLA 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 HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 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. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.01-04:40:10 MEDICO: / (AUXIL. KML - KARLA MELISA LOPEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 04:26 / 04:30 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: KARLA MELISA LOPEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ESPALDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

*** FECHA: 24.07.01-06:42:19 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.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

***** FECHA: 24.07.01-06:44:44 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, PACIENTE PERSISTE CON SINTOMATOLOGIA (DOLOR EN MUÑECA DERECHA) POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA, EN EL MOMENTO ESTABLE, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR AHORA CONTINUAR EN VIGILANCIA CLINICA INTRAHOSPITALARIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

PLAN:
DEJAR EN OBSERVACION.
SS VALORACION POR ORTOPEDIA.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.
CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CUALQUIER ALTERACION.

***** FECHA: 24.07.01-06:48:57 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: 10260, NEU: 69.9, LIN: 15.2, HGB: 13.4, HCTO: 39.2, PLAQ: 207000

TP: 13.7, TTP: 28.2, INR: 0.91

HEMOGRAMA CON LEVE LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA, TIEMPOS DE COAGULACION EN LA NORMALIDAD.

***** FECHA: 24.07.01-07:48:23 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
***NOTA ACLARATORIA: SE REVISAN NUEVAMENTE IMAGENES DONDE SE EVIDENCIA: RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA: SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO DISTAL NO DESPLAZADA. ***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

***** FECHA: 24.07.01-07:51:04 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 07:40 / 07:50 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO + CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.07.01-07:51:12 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - 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
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO + CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.07.01-09:11:32 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO,
AL EXAMEN FISICO: SE EVIDENCIA DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONA EL ÚÑO Y PRIMER DEDO MANO DERECHA, NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO.
DX: FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO.
PACIENTE CON FRACTURAS DESCRITAS EN EL MOMENTO INMOVILZIADO, SE PROGRAMA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EL DIA MIERCOLES 3 DE JULIO DE 2024. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
ASISTIR A CIRUGIA PRIORITARIA EL 03/07/2024
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

** PLAN DE MANEJO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO MANO DERECHA
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS PARA RADIO DISTAL ANGLO VARIABLE + SET DE TORNILLOS
DIA 03/07/2024
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

*** FECHA: 24.07.01-09:16:30 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA, YA CUENTA CON ORDEN DE PROGRAMACION QUIRURGICA POR PARTE DE ORTOPEDIA, SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORDEND E CIRUGIA PLASTICA EGRESA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES

** PLAN DE MANEJO:
** OTROS:

- ELEVACION DE EXTREMIDAD LESIONADA
- MANTENGA VENDAJE SECO Y LIMPIO
- UTILICE UNA BOLSA RESISTENTE AL AGUA PARA EVITAR MOJAR VENDAJE, MIENTRAS SE DUCHA.
- 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.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL

** ORDENES MEDICAS:

ASISTIR A CIRUGIA PROGRAMADA EL DIA 03/07/2024 A LAS 11+00 AM EN AYUNAS. ANUNCIARSE EN RECEPCION

*** FECHA: 24.07.01-09:17:02 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:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.01-09:16:33 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

***** FECHA: 24.07.01-12:20:26 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: INTERCON

** VALORACION,PLAN INTERCONSULTAS:
--->><2024.07.01-12:24:06>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) / ADMIS: 182300
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA Y CUERPO Y FRACTURA MSD
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE. MSD INMOVILIZADO.
CD A CIRUGIA

***** FECHA: 24.07.01-12:28:59 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS CARA CUERPO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS CARA CUERPO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.6 TALLA: 176 PESO: 62 IMC: 20

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE. MSD INMOVILIZADO.

** EVOLUCION:
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA,

17

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PERO HERIDAS CARA Y CUERPO Y FRACTURA MSD
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA,
PERO HERIDAS CARA Y CUERPO Y FRACTURA MSD
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.01-10:45:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.01-12:29:27 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 CUERPO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS CARA CUERPO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.6 TALLA: 176 PESO: 62 IMC: 20

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE. MSD INMOVILIZADO.

** EVOLUCION:
A CX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX

*** FECHA: 24.07.01-12:31:39 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RACHID GORRON MALOOF MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): DANIELA PEÑA

HORA INICIAL/FINAL: 10:45 / 11:10 DURACION: 00:25

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF

No. DESCRIPCION: 18660
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS:

AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

- 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 REGIONES DESCRITAS ARRIBA EN CARA Y CUERPO, CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
- SIN COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

***** FECHA: 24.07.01-12:32:57 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:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.01-12:32:48 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. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S525 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	CERRADA	
RELACIONADO 1:	S622 - FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO	CERRADA	
RELACIONADO 2:	S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO 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. 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 18660

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182308 Fecha 01/07/24

Nombre Paciente: PEREZ VALENCIA GERSON 1192745227 Edad: 23 Sexo: M

Hora inicio 10:45 Hora fin: 11:10 Duraci¾n: 00:25 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: RGM- RACHID GORRON MALOOF Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion DANIELA PEÑA

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
2. T016-HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)	2. T016-HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	RGM	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	RGM	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS:

AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

- 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 REGIONES DESCRITAS ARRIBA EN CARA Y CUERPO, CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
- SIN COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO

Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 8145-00

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1192745227

ADMISION N_: 182308

NOMBRE: PEREZ VALENCIA GERSON **Num. Id-:** CC 1192745227
FECHA NACIMIENTO: 2001.03.21 **EDAD:** 23 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.07.01 **HORA DE INGRESO:** 12:28:59 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.01 12:28
DIRECCION: NO REGISTRA **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3223846283
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.01

<< REGISTRO: 12:28:59 >> (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 CUERPO

REVISION POR SISTEMA
HERIDAS CARA CUERPO

ANTECEDENTES
--><<2024.07.01-04:25:54>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL) H.U. 182300
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.07.01-11:08:25>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 182308

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2024.07.01-12:28:59>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 182308
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--><<2024.07.03-12:49:42>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 182403

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1192745227

ADMISION N_: 182308

NOMBRE: PEREZ VALENCIA GERSON **Num. Id-:** CC 1192745227
FECHA NACIMIENTO: 2001.03.21 **EDAD:** 23 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.07.01 **HORA DE INGRESO:** 12:28:59 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.01 12:28
DIRECCION: NO REGISTRA **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3223846283
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 12:28:59 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

07 / DETECCION DE ALTERAC DEL NUEVO

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 120/85 **FC:** 85 **FR:** 17 **Tmp:** 36.6 **PESO:** 62 **TALLA:** 176

EXAMEN FISICO

AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE. MSD INMOVILIZADO.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T016 HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)

EVOLUCION

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA Y CUERPO Y FRACTURA MSD
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.01-10:45:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

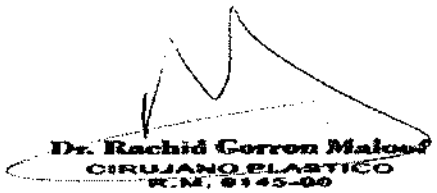
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA Y CUERPO Y FRACTURA MSD
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2024.07.01 **HORA DE EGRESO:** 10:45:51 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. RACHID GORRON MALOOF
Registro Medico: 0145/00

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 182308 - 10000

NOMBRE:	PEREZ VALENCIA GERSON		C.C. -TI-RC-OTRO	1192745227	
EDAD:	23 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2001.03.21	SEXO:	M
DIRECCION:	NO REGISTRA			TELEFONO:	3223846283
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2024.07.01

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: DERMOABRASION PARCIAL (QUIMICA O MECANICA) DE CARA Y AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.07.01-04:25:54>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 182300

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><<2024.07.01-11:08:25>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 182308

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2024.07.01-12:28:59>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 182308

ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--->><<2024.07.03-12:49:42>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)

H.HOS: 182403

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 182308 - 10000

NOMBRE: PEREZ VALENCIA GERSON C.C. -TI-RC-OTRO 1192745227

EDAD: 23 A FECHA DE NACIMIENTO: 2001.03.21 SEXO: M

DIRECCION: NO REGISTRA TELEFONO: 3223846283

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

EXAMEN FISICO:

PA: 127/60 **FC:** 76 **FR:** 23 **PESO:** 60 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
ABRASIONES EN REGION FRONTAL, DORSO NASAL, LABIO SUPERIOR Y MENTON, CON TATUAJE TRAUMATICO E IMPACTACION DE CUERPOS EXTRAÑOS

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
ABRASIONES CON TATAUEJ POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CONTAMINADAS CON TIERRA Y PIEDRAS EN HOMBROS, BRAZOS, ANTEBRAZOS, MANOS Y RODILLA DERECHA . FERULA DE YESO EN ANTEBRAZO POR FRACTURA DE RADIO Y MANO DERECHA POR FRACTURA DE HUESOS METACARPAINOS Y DE DEDOS DE LA MANO

OTROS:
ABRASIONES EN ESPALDA

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

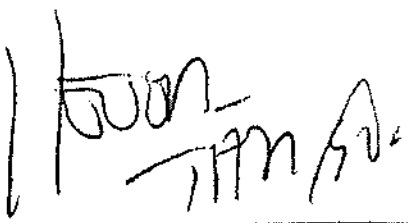
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.07.01 **HORA:** 10:00:17

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Perez	Valencia	Gerardo	119271

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
1 07 74	23	M	176	62	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.	BILIOT.	BILIND.	PROTOT.	ALBUM				TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Epifisiolisis - cabeza

OPERACION PROPUESTA: Osteosintesis cabeza

HISTORIA Y EXAMENES: ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IM/O-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO IOT SI NO — VIA AEREA — DIENTES N — CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: No Rx

RESUMEN Y PLAN: No — Tejano — anestesia general

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
/	GENERAL

NECESITA SANGRE: NO c.c. — PREMEDICACION: NO

ESTADO PSICOLOGO: Bueno

FIRMA:

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Dorsal

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 Normal

HORA	10 AM

TOTALES			
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10	11	12

COMENTARIOS: Ingresa vivo a sala de recuperacion bajo anestesia general sin complicaciones

HORA SALIDA Y MOTIVO: 11 AM Bueno

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 ESPINA ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION

CCSC ___ CSA ___ CCC ___

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM. a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTALES	1	2	3	4
	5	6	7	8
	9	10	11	12
	13	14	15	16

TOTAL ____ C.C. ____ C.C.

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,15-Ago-2024 17:44:2

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 04:07
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	23 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON	1 NIVEL I		NEIVA	NO REGISTRA	3223846283

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.01	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.07.01	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.07.01	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	25.00
2024.07.01	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.07.01	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	25.00
2024.07.01	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.07.01	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	2.00
2024.07.01	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.07.01	ZMD	MERCUCRO	MERCURIO CROMO X CC	LYC	1.00
2024.07.01	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	100.00
2024.07.01	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	100.00
2024.07.01	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.01	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.01	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LYC	1.00
2024.07.01	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	2.00
2024.07.01	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	3.00
2024.07.01	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	LYC	1.00
2024.07.01	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.01	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	1.00
2024.07.01	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	1.00
2024.07.01	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.01	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	1.00

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	1192745227
NOMBRES	GERSON
APELLIDOS	PEREZ VALENCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/01/2024 04:10:39	**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

4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.804.753
NAVARRO AMOROCHO

APELLIDOS
JOHAN SEBASTIAN

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029030562

MARCA
SUZUKI

LÍNEA
VIVA R.CDOL

MODELO
2024

SERVICIO
PARTICULAR

CLASE
MOTOCICLETA

TIPO CARROCERÍA
SIN CARROCERÍA

COLOR
GRIS SELENA

NRO
N

NRO
N

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-2001

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

02-JUL-2019 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

R-1900100-01217937-M-1003804753-20210224 0073545627A 1 9914826463

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
*****

POTENCIA HP
8

DE

FECHA MATRÍCULA

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

[redacted]

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:	**PMG70G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10029630562**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**SUZUKI**	LÍNEA:	**VIVA R COOL**
MODELO:	**2024**	COLOR:	**BLANCO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**E482-234818**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FSBE4EW2RC103918**	NÚMERO DE VIN:	**9FSBE4EW2RC103918**
CILINDRAJE:	**113**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**26/07/2023**
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
8115229300	24/07/2023	25/07/2023	24/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO 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: 13/11/2024

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-FEC1-64045 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es PEREZ VALENCIA GERSON

HISTORIA No. 1192745227

GLOSA No: ZGL-1-48972 **SINIESTRO:** 64045

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313273

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: 13/11/2024

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-FEC1-64045 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es PEREZ VALENCIA GERSON

HISTORIA No. 1192745227

GLOSA No: ZGL-1-48972 **SINIESTRO:** 64045

>> 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

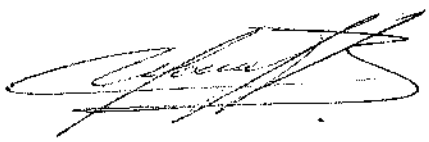
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

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:	2,774,600.00
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

RECIBIDO - 7 NOV 2024 657

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308192	**No.**	198235	**Siniestro**	90752050	**No. Factura**	FEC164045		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	01/07/2024	**Fecha aviso**	10/07/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**Póliza**	811522930	**Vigencia**	25/07/2023	**hast**	24/07/2024
Id tomador	52182795	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1192745227	**Nombre**	GERSON PEREZ VALENCIA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S501					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15282	DERMOABRACIÓN CARA (PARCIAL)		100%	431,100	0	431,100
1	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08		100%	254,600	0	254,600
1	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08		100%	113,000	0	113,000
1	39210	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 08		100%	764,300	0	764,300
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 AREA GENERAL		100%	181,400	0	181,400
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05		100%	118,600	0	118,600
1	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 05		100%	215,800	0	215,800
1	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06		100%	132,400	0	132,400
1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA 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			31,500	0	31,500

1001	Cobrado	2,774,600
1002	Obj. Parcial	122,400
1003	Liquidado	2,652,200

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:12:11 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164045

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3e59d49d896d8407fce75229a3bb8e86b82d07ab68dc966e8e6863fcdb3903d6be8f703378b1178e8d857bc8808d1474

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2774600

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-19 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
d52da6ddda735f4428246cc50fd9066ed90718a1b5a929818f989271c0be51a5b41a1de24f8d2b75b8764d05f9f92105

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 12:25:49.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

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. FEC164045

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3e59d49d896d8407fce75229a3bb8e86b82d07ab68dc966e8e6863fcdb3903d6be8f703378b1178e8d857bc8808d1474

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
06358af1666a863d5363495e9524859996704e5750532704d520fa8ae9ced869fd0bdb422998efc7b7ccc9fd33940b64

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 12:35:06.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
5d444f52040df13af57374f2a7ee6a48fec80f776b73d06f911a182d4a379f711e761ff934f7e95ce8db7fc3cead46f9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:39:21.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:12:11 AM
Página: 3

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164045

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
3e59d49d896d8407fce75229a3bb8e86b82d07ab68dc966e8e6863fcdb3903d6be8f703378b1178e8d857bc8808d1474

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
0820ea09e9d4a117d3a48f3b338947e412b9f082b48ce2d11ea3269e2d2f979a2e26a4a2e08526069bed7010dd80d392

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:41:59.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.19	12:27:27	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64046

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

VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 182403,182408,184018,184027
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES/FEC-HORA EGRESO: 2024.07.03 - 12:49 2024.08.01 - 11:20

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON
EDAD : 23 Años
DIRECCION: NO REGISTRA NEIVA
TELEFONO: 3223846283

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	3-Jul-2024	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	526,700	526,700
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jul-2024	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	301,200	301,200
39120	GRUPO 09	3-Jul-2024	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	144,000	144,000
39211	GRUPO 09	3-Jul-2024	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	871,200	871,200
39303	GRUPOS 07 08 09	3-Jul-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ #Via, =Ciruj										
14151	REDUCCION CERRADA FRACTURA METACARPIANOS	3-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	3-Jul-2024	39207	4		72.50%	3-DER.SALA	CLF	1	312,900	312,900
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	3-Jul-2024	39305	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	71,700	71,700
14152	REDUCCION CERRADA FRACTURA FALANGES MANO	3-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	3-Jul-2024	39207	4		72.50%	3-DER.SALA	CLF	1	312,900	312,900
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	3-Jul-2024	39305	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	71,700	71,700
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	346,900	346,900
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
	TORN CORTI AUTOT RADIX 2.4 X 14 MM								2	187,200	374,400
	TORN CORTI AUTOT RADIX 2.4 X 16 MM								1	187,200	187,200
	TORN CORTI AUTOT RADIX 2.4 X 20 MM								1	187,200	187,200
	PLACA RADIX III DISTAL ANGULO VARIABLE DER X 2 H								1	2,779,700	2,779,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								11	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								12	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	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	200	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... 774 667 CODIGO D... condición
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... 1-00080000 AUTORIZA

¡Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308193

Cufe: 2b18967ec1feb4b08cec2e67c8509087db687f6deadbcc2564daaf58654de... 43e87... 08fdcd2d1aa40cac58

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 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.19	12:27:27	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64046

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) | TIPO CONTRATO | VIA DE INGRESO
NIT: 860026416 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO | EVENTO | AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA | TELEFONO: 8713072 | ORDEN SS 182403,182408,184018,184027
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.07.03 - 12:49 2024.08.01 - 11:20

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON EDAD : 23 Años
DIRECCION: NO REGISTRA NEIVA TELEFONO: 3223846283
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	3-Jul-2024	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	526,700	526,700
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jul-2024	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	301,200	301,200
39120	GRUPO 09	3-Jul-2024	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	144,000	144,000
39211	GRUPO 09	3-Jul-2024	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	871,200	871,200
39303	GRUPOS 07 08 09	3-Jul-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2I+ #Vla, =Ciruj										
14151	REDUCCION CERRADA FRACTURA METACARPIANOS	3-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	3-Jul-2024	39207	4		72.50%	3-DER.SALA	CLF	1	312,900	312,900
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	3-Jul-2024	39305	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	71,700	71,700
14152	REDUCCION CERRADA FRACTURA FALANGES MANO	3-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	3-Jul-2024	39207	4		72.50%	3-DER.SALA	CLF	1	312,900	312,900
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	3-Jul-2024	39305	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	71,700	71,700
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	346,900	346,900
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
	TORN CORTI AUTOT RADIX 2.4 X 14 MM								2	187,200	374,400
	TORN CORTI AUTOT RADIX 2.4 X 18 MM								1	187,200	187,200
	TORN CORTI AUTOT RADIX 2.4 X 20 MM								1	187,200	187,200
	PLACA RADIX III DISTAL ANGULO VARIABLE DER X 2 H								1	2,779,700	2,779,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								11	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								12	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	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	200	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: 2b1896fec1feb4b08cec2e67c8b09087db687f6deadbcc2564daaf58654dedb43e876905eecad08fdcd2d1aa40caca58

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 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.19	12:27:27	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64046

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
935100	VENDA YESO DE 5X5								1	9,000	9,000
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
	VENDA ALGODON 5X6								1	4,100	4,100
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								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								4	4,892	19,568
19996775-01	ISODINE SOLUCION								310	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								7	3,758	26,306
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
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								2	3,387	6,774
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								310	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								2	250	500
19960774-01	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP								1	0	0
19987786-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								10	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
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								70	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								70	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.03	873206		HJC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.03	873206		HJC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.01	873206		HJC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.01	873206		HJC				1	69,700	69,700
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR	2024.07.03	870001		CLF				5	209,900	1,049,500

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: 2b18967ec1feb4b08cec2e67c8509087db687f6deadbcc2564daaf58654dedb43e87690beecad08fdcd2d1aa40caca58

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

US

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 ,2024.09.19	12:27:27	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64046

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	DEL ESTUDIO, AGREGAR:										
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.03	890202	HJC					1	61,200	61,200
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.08.01	890302	HJC					1	71,500	71,500
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.01	S22101	ADM					1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.08.01	S22103	ADM					1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	9,378,678	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	9,378,678

SON: NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.19 12:28:13 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: 2b18967ec1feb4b08cec2e67c8509087db687f6deadbcc2564daaf58654dedb43e876905eecad08fdcd2d1aa40caca58

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

U7

FACTURA:	64046
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 8,346,812
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 1,031,857
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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

GNT

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- 64046

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
PEREZ	VALENCIA

1er.Nombre	2do.Nombre
GERSON	

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE

No. Documento: 1192745227

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 21/03/2001 Sexo: [ ] F [X] M [ ] O

Direccion: NO REGISTRA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3223846283

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	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 2 CON CALLE 25

Fecha Evento/Accidente: 01/07/2024 Hora: 03:52

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 PMG70G, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR MICROSUEÑO 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: PMG70G

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 8115229300 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 25/07/2023 Hasta: 24/07/2024

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

NAVARRO	ZAPATA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
LUCY	ELENA
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 52182795

Direccion: CALLE 82 N 5 69

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3217025955 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

NAVARRO	AMOROCHO
1er.Apellido	2do.Apellido
JOHAN	SEBASTIAN
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 1003804753

Direccion: CALLE 82 N 5 69

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3217025955

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: 03/07/2024 a las 12:49

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Fecha de Egreso: 01/08/2024 a las 11:20

Diagnostico presuntivo de Egreso
T016 HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES

Diagnostico definitivo de Egreso
S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Egreso
S622 FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO

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

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	9378678	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. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.01 — HORA DE INGRESO: 04:07
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.08.01 — HORA DE EGRESO: 11:20
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.01-04:25:54 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 PMG70G, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR MICROSUEÑO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 04+03 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: 170/90 FC: 120 FR: 20 TEMP: 36.8 TALLA: 170 PESO: 70 IMC: 24 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.
<<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
<<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>>

46

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO Y RODILLA DERECHAS, TAMBIEN EN CODO IZQUIERDO, 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>>
SE EVIDENCIANN ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICFO EN REGIONES FRONTAL IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO D Y RODILLA DERECHO, DORSOLUMBAR, CODO IZQUIERDO Y RODILLA 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 HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

SE SOLICITA HEMOGRAMA, TP, TTP, INR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 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. 64949

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: IM DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.01-04:40:10 MEDICO: / (AUXIL. KML - KARLA MELISA LOPEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 04:26 / 04:30 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: KARLA MELISA LOPEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ESPALDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

*** FECHA: 24.07.01-06:42:19 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.

44

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

*** FECHA: 24.07.01-06:44:44 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, PACIENTE PERSISTE CON SINTOMATOLOGIA (DOLOR EN MUÑECA DERECHA) POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA, EN EL MOMENTO ESTABLE, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR AHORA CONTINUAR EN VIGILANCIA CLINICA INTRAHOSPITALARIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

PLAN:
DEJAR EN OBSERVACION.
SS VALORACION POR ORTOPEDIA.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.
CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CUALQUIER ALTERACION.

*** FECHA: 24.07.01-06:48:57 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: 10260, NEU: 69.9, LIN: 15.2, HGB: 13.4, HCTO: 39.2, PLAQ: 207000

TP: 13.7, TTP: 28.2, INR: 0.91

HEMOGRAMA CON LEVE LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA, TIEMPOS DE COAGULACION EN LA NORMALIDAD.

*** FECHA: 24.07.01-07:48:23 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
***NOTA ACLARATORIA: SE REVISAN NUEVAMENTE IMAGENES DONDE SE EVIDENCIA: RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA: SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO DISTAL NO DESPLAZADA. ***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

***** FECHA: 24.07.01-07:51:04 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 07:40 / 07:50 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO + CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.07.01-07:51:12 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - 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
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO + CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.07.01-09:11:32 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO,
AL EXAMEN FISICO: SE EVIDENCIA DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONA EL ÚÑO Y PRIMER DEDO MANO DERECHA, NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO.
DX: FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO.
PACIENTE CON FRACTURAS DESCRITAS EN EL MOMENTO INMOVILZIADO, SE PROGRAMA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EL DIA MIERCOLES 3 DE JULIO DE 2024. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
ASISTIR A CIRUGIA PRIORITARIA EL 03/07/2024
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

** PLAN DE MANEJO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO MANO DERECHA
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS PARA RADIO DISTAL ANGLO VARIABLE + SET DE TORNILLOS
DIA 03/07/2024
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

*** FECHA: 24.07.01-09:16:30 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA, YA CUENTA CON ORDEN DE PROGRAMACION QUIRURGICA POR PARTE DE ORTOPEDIA, SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR ORDEND E CIRUGIA PLASTICA EGRESA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES

** PLAN DE MANEJO:
** OTROS:

- ELEVACION DE EXTREMIDAD LESIONADA
- MANTENGA VENDAJE SECO Y LIMPIO
- UTILICE UNA BOLSA RESISTENTE AL AGUA PARA EVITAR MOJAR VENDAJE, MIENTRAS SE DUCHA.
- 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.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL

** ORDENES MEDICAS:

ASISTIR A CIRUGIA PROGRAMADA EL DIA 03/07/2024 A LAS 11+00 AM EN AYUNAS. ANUNCIARSE EN RECEPCION

*** FECHA: 24.07.01-09:17:02 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:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.01-09:16:33 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

*** FECHA: 24.07.01-12:20:26 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: INTERCON

** VALORACION,PLAN INTERCONSULTAS:
--->><2024.07.01-12:24:06>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) / ADMIS: 182300
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA Y CUERPO Y FRACTURA MSD
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE. MSD INMOVILIZADO.
CD A CIRUGIA

*** FECHA: 24.07.01-12:28:59 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS CARA CUERPO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS CARA CUERPO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.6 TALLA: 176 PESO: 62 IMC: 20

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE. MSD INMOVILIZADO.

** EVOLUCION:
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA,

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PERO HERIDAS CARA Y CUERPO Y FRACTURA MSD
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA,
PERO HERIDAS CARA Y CUERPO Y FRACTURA MSD
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.01-10:45:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.01-12:29:27 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 CUERPO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS CARA CUERPO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.6 TALLA: 176 PESO: 62 IMC: 20

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE. MSD INMOVILIZADO.

** EVOLUCION:
A CX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX

*** FECHA: 24.07.01-12:31:39 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RACHID GORRON MALOOF MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): DANIELA PEÑA

HORA INICIAL/FINAL: 10:45 / 11:10 DURACION: 00:25

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF

No. DESCRIPCION: 18660
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS:

AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES FRONTAL A IZQUIERDA, DORSO NASAL, BRAZO DERECHO, DORSO TORACICO HASTA LUMBAR, CODO IZQUIERDO, RODILLA DERECHA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 4X3 HASTA 10X20 CM APROX, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

- 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 REGIONES DESCRITAS ARRIBA EN CARA Y CUERPO, CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
- SIN COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

***** FECHA: 24.07.01-12:32:57 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:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.01-12:32:48 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.03-12:49:42 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:
ASISTE PARA CIRUGIA PRIORITARIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
CONCIENTE ALERTA

ENFERMEDAD ACTUAL

37

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSTO EL 01/07/2024 CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO ASOCIADO A ABRASIONES, CON IMAGENES DIAGNOSTICAS QUE EVIDENCIAN FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO DERECHO VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN PROGRAMA EL DIA DE HOY PARA OSTEOSINTESIS DEFINITIVA. VALORADO TAMBIEN PRO CIRUGIA PLASTICA QUIEN LLEVO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZA DERMOABRASION PARCIAL DE CARA Y AREA GENERAL. PROCEDIMEINTO SIN COMPLICACIONES Y DAN SALIDA POR ESTA ESPECIALIDAD.
EL DIA DE HOY REFIERE AYUNO ADECUADO, NIEGA SINTOMAS INFECCIOSOS EN LOS ULTIMOS 3 DIAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/73 FC: 70 FR: 19 TEMP: 36.0 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS
<<TORAX>>
SIMETRICO, 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
<<PELVIS>>
ESTABLE NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES, EXTREMIDADES SE EVIDENCIA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO + FERULA DE YESO, MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL.
<<NEUROLOGICO>>
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SE EVIDENCIAN ABRASIONES CURADAS Y LIMPIAS ENF ASE COSTROSA EN REGION FRONTAL Y AREA GENERAL.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES ADICIONALES

** EVOLUCION:
SE REALIZA LA VALORACION DEL PACIENTE POSTERIOR A LAVADO DE MANOS Y ADECUADO USO DE LOS EPP INDICADOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEBIDO A LA PANDEMIA COVID 19

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO DERECHO
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

PROCEDIMEINTOS REALIZADOS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

1. DERMOABRASION PARCIAL DE CARA Y AREA GENERAL 01/07/2024

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

PACIENTE INGRESA A PISO PROGRAMADO PARA MANEJO QUIRURGICO, DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE CARGAN ORDENES MEDICAS PRE-QX, SIN CONTRAINDICACION DEL PROCEDIMIENTO EN EL MOMENTO, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

** CONDUCTA:
- 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.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: VER ORDENES MEDICAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: VER ORDENES MEDICAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VER ORDENES MEDICAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: VER ORDENES MEDICAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.07.03-14:11:47 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 "

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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 : INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO BUEAN PERFUSION DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO.

** ANALISIS PLAN:
NOTA RETROSPECTIVA 13:15
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.03-14:11:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.03-14:12:06 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** 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 : INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO BUEAN PERFUSION DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

***** FECHA: 24.07.03-15:14:49 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 OSTEOSINETSIS DE RADIO Y REDUCCION CERRADA DE METACARPAINOS Y DE FRACTURAS EN DEDOS DE LA MISMA MANO. 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: 24.07.03-16:10:16 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): DANIELA PEÑA

HORA INICIAL/FINAL: 15:00 / 16:10 DURACION: 01:09

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

REDUCCION CERRADA FRACTURA METACARPIANOS VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REDUCCION CERRADA FRACTURA FALANGES MANO VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

No. DESCRIPCION: 18681
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION: ANTERIOR EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO

HALLAZGOS: FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO
* FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO DERECHA
* FRACTURA DE LA FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MANO DERECHA

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 RADIO DISTAL CON 1 PLACA RADIX III DISTAL VARIABLE DERECHA X 2H + 2 TORNILLOS CORTICAL DE 2.4X14MM - 2.4X18MM - 2.4X20MM (CASA COMERCIAL OBIMEDICAL).
7. SE VERIFICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
8. LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9%
9. CIERRE POR PLANOS DE LA HERIDA CON VICRYL Y PROLENE
10. SE DEJA GASAS CON ISODINE SOLUCION EN HERIDA Y SE CUBRE CON VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO
11. REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO DERECHA
12. REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MANO DERECHA
13. SE VERIFICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
14. SE INMOVILIZA CON GUANTE DE YESO
15. SIN COMPLICACIONES.
16. SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS.

*** FECHA: 24.07.03-16:12:31 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 MUÑECA DERECHA AP/LATERAL
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA AP/LATERAL

32

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

***** FECHA: 24.07.03-16:14:24 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 CONTROL POP INMEDIATO

** ANALISIS PLAN:
POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES
PLAN
HOSPITALIZAR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS PARA INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalizaci¢n SERVICIO: CIRUGIA ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.03-16:13:56 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.07.03-17:46:44 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 RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO DERECHO
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

PROCEDIMEINTOS REALIZADOS:
1. DERMOABRASION PARCIAL DE CARA Y AREA GENERAL 01/07/2024
2. REDUCCON ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO Y REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO DERECHO +REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO DE MANO DERECHA (03/07/2027)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

PACIENTE CONCIENTE ALERTA ORIENTADO, BUEN PATRON RESPIRATORIO, REFIERE MAREO Y NAUSEAS LEVES.

AL EXMEN FISICO:
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICOS CON INMOVILIZACION CON YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON PERFUSION DISTAL CONSERVADA.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15
ABRASIONES CON ADECUADA CURACION Y EN PROCESO DE CICATRIZACION EN REGION FRONTAL.

ANALISIS PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EN POSTQUIRURGICO INMEDIATO, CONTINUA EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

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
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

***** FECHA: 24.07.03-17:47:56 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 24.07.03-22:34:24 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 116/74 FR: 20 T: 36.4,FC: 82 SATO2: 96% 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: 24.07.04-06:46:33 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. FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO DERECHO
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

PROCEDIMEINTOS REALIZADOS:
1. DERMOABRASION PARCIAL DE CARA Y AREA GENERAL 01/07/2024
2. REDUCCON ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO Y REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO DERECHO +REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO DE MANO DERECHA (03/07/2027)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

S/PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, PASO BUENA NOCHE, ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA EMESIS U OTROS SINTOMAS.

O/ AL EXMEN FISICO:
SV TA 120/70 FC 18 LPM FR 15 RPM SAT 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 SIMETRICOS CON INMOVILIZACION CON YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON PERFUSION DISTAL CONSERVADA.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15
ABRASIONES CON ADECUADA CURACION Y EN PROCESO DE CICATRIZACION EN REGION FRONTAL.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, ACTUALMENTE POP INMEDIATO, EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA VENTILATORIA, EN SEGUIMIENTO POP PARTE DE ORTOPEDIA POR LO QUE SE CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

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:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HROAS., 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

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: DILUCIONES, 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
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

*** FECHA: 24.07.04-09:14:34 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 RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO DERECHO
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

PROCEDIMEINTOS REALIZADOS:

28

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

1. DERMOABRASION PARCIAL DE CARA Y AREA GENERAL 01/07/2024
2. REDUCCON ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO Y REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO DERECHO +REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO DE MANO DERECHA (03/07/2027)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

S/PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA EMESIS U OTROS SINTOMAS. .

O/ AL EXMEN FISICO:
SV TA 120/70 FC 18 LPM FR 15 RPM SAT 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 SIMETRICOS CON INMOVILIZACION CON YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON PERFUSION DISTAL CONSERVADA.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15
ABRASIONES CON ADECUADA CURACION Y EN PROCESO DE CICATRIZACION EN REGION FRONTAL.

ANALISIS

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 15 DIAS.
FORMULA MEDICA AMBULATORIA.
RECOMENDACIONES SIGNOS Y SEÑALES DE ALARMA.
INCAPCIDAD.

** CONDUCTA:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TABLETAS DE 500 MG TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 7 DIAS TOTAL 28 TABLETAS.

27

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

TRIMETROPIN SULFAMETAXOL TMP/SMX (TAB 160/800MG) TOMAR 2 TAB VIA ORAL CADA 12H X 7 DÍAS TOTAL 28 TAB

CEFALEXINA 500 MG TAB TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 7 DIAS TOTAL 28 TABLETAS.

LOXONIN (EUROPHARMA) 60 MG TABLETAS 1 TAB VO CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. TOTAL 14 TAB TOMAR SI PRESENTA DOLOR.

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 20 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

***RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

1. MOVER LA MUÑECA DE MANERA PERMANENTE AL IGUAL QUE ABRIR Y CERRAR LOS DEDOS, DE NO HACERLO LA RECUPERACIÓN SE PUEDE PROLONGAR POR MESES.
2. NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS CON LA EXTREMIDAD OPERADA.
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 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 LAS CICATRICES.
6. TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
7. NO RETIRAR NI MOJAR LA FERULA DE 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.
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.

*** FECHA: 24.07.04-09:15:35 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RX DE MUÑECA DERECHA CON EVIDENCIA DE MATERIAL DE SINTESIS NORMOINSERTADO ADECUADA REDUCION DE FOCO DE FRACTURA.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.04-09:18:13 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** 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.

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.04-09:17:48 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2024.07.01 FIN: 2024.07.30

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 24.08.01-10:46:48 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 CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA, 01/07/2024 ,CON
*OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO
*REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO MANO DERECHA
* REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE LA FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MANO DERECHA EL DIA 03/07/2024 ASISTE HOY A CONTROL ORTOPEDIA

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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS: INMOVILIZACION CON APARATO DE YESO MIEMRO SUPERIOR DERECHGO BUENA PERFUSION DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA AP/LATERAL
RADIOGRAFIA DE PUÑO DERECHO AP/LATERAL
TOMAR AHORA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
TOMAR RX DE CONTROL

***** FECHA: 24.08.01-11:06:22 MEDICO: / (DR(A), HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CONTROL MANO DERECHA 01/08/2024 MUESTRA FRACTURA ALINEADA CONSOLIDACION GRADO II-III

RADIOGRAFIA DE CONTROL MUÑECA DERECHA 01/08/2024 MUESTRA FRACTURA ALINEADA EN PROCESO DE COSOLIDACION

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX
SE SOLICITA RETIRO DE PUNTOS
SE SOLICITA RETIRO DE YESO

** TERAPIAS:

** JUSTIFICACION **
TERAPIA FISICA 10 SESIONES MUÑECA DERECHA
TERAPIA FISICA 10 SESIONES MANO DERECHA

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE CON EVOLUCION POP SATISFACTORIA POR LO QUE SE INDICA

PLAN
TERAPIA FISICA
CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX
SE SOLICITA RETIRO DE PUNTOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SE SOLICITA RETIRO DE YESO

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.08.01-11:15:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2024.07.31 FIN: 2024.08.29

*** FECHA: 24.08.01-11:13:29 MEDICO: / (AUXIL. ADM - ADRIANA MOLINA RAMOS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 11:00 / 11:10 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA DE YESOS VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:59H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 23 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO Y REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO DE MANO DERECHA (03/07/2027) CON ORDEN DE RETIRO DE YESO

11:00H// SE TRASLADA A SALA DE YESO DONDE SE OBSERVA INMOVILIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO , MMANO DERECHA, CON YESO CERRADO LO CUAL SE PROCEDE A UTILIZAR LA SIERRA PARA EL RETIRO, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 500 CC DE CLORURO DE SODIO QUEDANDO LIMPIO Y SECO, SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 24.08.01-11:23:00 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: 11:10 / 11:20 DURACION: 00:09

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

11:10H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 6 CM APROXIMADAMENTE EN

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64949

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: PEREZ VALENCIA GERSON

DOC.IDENT:	CC 1192745227	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	NO REGISTRA		
FCHA.NACTO:	2001.03.21	EDAD:	23 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3223846283
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

CARA ANTERIOR DE ANTEBRAZO DERECHO TERCIO DISTAL, 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

11:20H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S525 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	CERRADA	
RELACIONADO 1:	S622 - FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO	CERRADA	
RELACIONADO 2:	S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO 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@. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REG. MED: 244

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18681

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182408 Fecha 03/07/24

Nombre Paciente: PEREZ VALENCIA GERSON 1192745227 Edad: 23 Sexo: M

Hora inicio 15:00 Hora fin: 16:10 Duraci¾n: 01:09 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion DANIELA PEÑA

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO DERECHO	1. S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO DERECHO
2. S622-FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO MANO DERECHA	2. S622-FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO MANO DERECHA
3. S626-FRACTURA DE LA FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MANO DERECHA	3. S626-FRACTURA DE LA FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MANO DERECHA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	HJC	1 - 1i Interv 100%
14151	REDUCCION CERRADA FRACTURA METACARPIANOS	HJC	1 - 1i Interv 100%
14152	REDUCCION CERRADA FRACTURA FALANGES MANO	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION: ANTERIOR EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO

HALLAZGOS: FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO
* FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO DERECHA
* FRACTURA DE LA FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MANO DERECHA

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 RADIO DISTAL CON 1 PLACA RADIX III DISTAL VARIABLE DERECHA X 2H + 2 TORNILLOS CORTICAL DE 2.4X14MM - 2.4X18MM - 2.4X20MM (CASA COMERCIAL OBIMEDICAL).
7. SE VERIFICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
8. LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9%
9. CIERRE POR PLANOS DE LA HERIDA CON VICRYL Y PROLENE
10. SE DEJA GASAS CON ISODINE SOLUCION EN HERIDA Y SE CUBRE CON VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO
11. REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO DERECHA
12. REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL DE 1ER DEDO MANO DERECHA
13. SE VERIFICA ADECUADA REDUCCION CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES.
14. SE INMOVILIZA CON GUANTE DE YESO
15. SIN COMPLICACIONES.
16. SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX DE MUÑECA DERECHA.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18681

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182408 Fecha 03/07/24

Nombre Paciente: PEREZ VALENCIA GERSON 1192745227 Edad: 23 Sexo: M

Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios
RX DE MANO DERECHA.
Intensificador de Imagen
SE USO ARCO EN C 3 DISPAROS EN MUÑECA DERECHA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.

SE USO ARCO EN C 2 DISPAROS EN MANO DERECHA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION.

Dr. Hector Cuervo Ramirez
Ortopedia y Traumatología
RM. 27158 C.C. 1.076.383

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1192745227

ADMISION N_: 182408

NOMBRE: PEREZ VALENCIA GERSON **Num. Id-:** CC 1192745227

FECHA NACIMIENTO: 2001.03.21 **EDAD:** 23 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.07.03 **HORA DE INGRESO:** 14:11:47 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.03 14:11

DIRECCION: NO REGISTRA **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3223846283

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.03

<< REGISTRO: 14:11:47 >> (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:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

" PARA LA CIRUGIA "

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<2024.07.01-04:25:54>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL) H.U. 182300

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.07.01-11:08:25>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 182308

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2024.07.01-12:28:59>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 182308
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--><<2024.07.03-12:49:42>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 182403

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1192745227

ADMISION N_: 182408

NOMBRE: PEREZ VALENCIA GERSON **Num. Id-:** CC 1192745227
FECHA NACIMIENTO: 2001.03.21 **EDAD:** 23 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.07.03 **HORA DE INGRESO:** 14:11:47 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.03 14:11
DIRECCION: NO REGISTRA **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3223846283
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:11:47 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

NUEVO

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

** 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 : INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO BUEAN PERFUSION DISTAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S622 FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

ANALISIS/PLAN

NOTA RETROSPECTIVA 13:15
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.03-14:11:45 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

1192745227

ADMISION N_: 182408

NOMBRE: PEREZ VALENCIA GERSON **Num. Id-:** CC 1192745227

FECHA NACIMIENTO: 2001.03.21 **EDAD:** 23 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.07.03 **HORA DE INGRESO:** 14:11:47 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.03 14:11

DIRECCION: NO REGISTRA **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3223846283

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

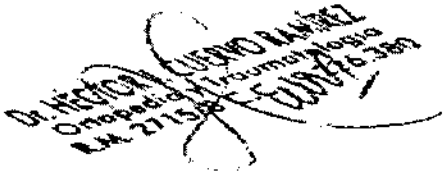
RX FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO Y FRACTURA DE BASE DE PRIMER METACARPIANO.

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

FECHA DE EGRESO: 2024.07.03 **HORA DE EGRESO:** 14:11:45 **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_ : 182308 - 10000

NOMBRE:	PEREZ VALENCIA GERSON		C.C. -TI-RC-OTRO	1192745227	
EDAD:	23 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2001.03.21	SEXO:	M
DIRECCION:	NO REGISTRA			TELEFONO:	3223846283
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2024.07.01

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: DERMOABRASION PARCIAL (QUIMICA O MECANICA) DE CARA Y AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><2024.07.01-04:25:54>>, (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 182300

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><2024.07.01-11:08:25>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 182308

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><2024.07.01-12:28:59>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 182308

ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--->><2024.07.03-12:49:42>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)

H.HOS: 182403

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 182308 - 10000

NOMBRE: PEREZ VALENCIA GERSON C.C. -TI-RC-OTRO 1192745227

EDAD: 23 A FECHA DE NACIMIENTO: 2001.03.21 SEXO: M

DIRECCION: NO REGISTRA TELEFONO: 3223846283

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

EXAMEN FISICO:

PA: 127/60 FC: 76 FR: 23 PESO: 60 TEMPERATURA: 37

CABEZA:
ABRASIONES EN REGION FRONTAL, DORSO NASAL, LABIO SUPERIOR Y MENTON, CON TATUAJE TRAUMATICO E IMPACTACION DE CUERPOS EXTRAÑOS

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
ABRASIONES CON TATAUEJ POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CONTAMINADAS CON TIERRA Y PIEDRAS EN HOMBROS, BRAZOS, ANTEBRAZOS, MANOS Y RODILLA DERECHA . FERULA DE YESO EN ANTEBRAZO POR FRACTURA DE RADIO Y MANO DERECHA POR FRACTURA DE HUESOS METACARPAINOS Y DE DEDOS DE LA MANO

OTROS:
ABRASIONES EN ESPALDA

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

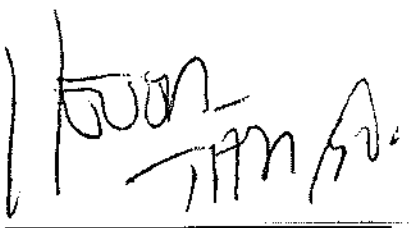
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.07.01 **HORA:** 10:00:17

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA:  RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Perez	Valoa	Gerson	11 94 74 52 24

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
3 7 24	23 6	M F	176	62	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
UCI			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	TA.	H.B	HTO.	GLIC.	BILIOT.	BILDIR.	PROTOT.	ALBUM					TyA PROT	TCOG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: fractura de tobillo izquierdo

OPERACION PROPUESTA: reduccion cerrada osteosintesis / tutor

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

NO / NO / NO — Cirugia no intercurrentes / Dolor intenso

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO IOT SI NO — VIA AEREA NO — DIENTES NO — CUELLO NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Rx Pie

RESUMEN Y PLAN: Mirada Sedacion anestesia general tapon anudado Rx control.

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
X	GENERAL

ESTADO PSICOLOGO: Tranquilo

NECESITA SANGRE: NO C.C. — PREMEDICACION: No — FIRMA:

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: DSC

REPARACION E / A / C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION: Ok

CONCIENCIA: Ok

DIURESIS: Ok

SENSIBILIDAD: Ok

HEMORRAGIA: —

REFLEJOS: A

MOTILIDAD: A

PIEL: rosada hidratada

42	180
40	17 160
38	15 140
36	13 120
34	11 100
32	9 80
30	7 60
28	5 40
26	3 20
	1

HORA: 15:00

TOTALES	1	2
	4	5
	7	8
	10	11

3 / 6 / 9 / 12

COMENTARIOS: Toma unos ajal d reparen bajo anest general se explica

HORA SALIDA Y MOTIVO: 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

22 20 190 18 17 16 150 14 130 12 110 10 90 8 70 6 60 4 30 2 10

I OT No. ____ ▽
I NT No. ____
E OT No. ____ △
E NT No. ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

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 CC

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: 26
Fecha: 8 de Jul de 2024
Página: 1 de 1

Cliente: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Contacto:
Nit: 800110181
Dirección: CLL 18 6 65 BRR QUIRINAL **Ciudad:** NEIVA
Teléfono:
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Medio de pago	Forma de pago
Crédito	60 DIAS

Vendedor:		Fecha vcto.
901727815	OBI MEDICAL SAS	06 de 09 de 2024

OC. Nro	Docto. Alt	Remisiones

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente Gerson perez valencia — **Historia Clinica** 1192745227 — **Fecha de Cirugia** 03/07/2024
Doctor HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ — **Asesor técnico** DANIELA PEÑA — **Hora de Cirugia** 03:00PM

Ref.	Descripción	R. Sanitario	UNID	Cant.	Lote	Prec. Unit	Vlr. Total	%iva
I07PRD302	PLACA RADIX-III DIST ANG VARI DER X 2H (I07PRD302)	2019DM-0003484-R1	Unidad	1.00	0423-2877	2,779,700.00	2,779,700.00	0.00
I07TC2414	TORN CORT AUTOT RADIX 2,4 X 14MM (I07TC2414)	2019DM-0003484-R1	Unidad	2.00	0623-3304	187,200.00	374,400.00	0.00
I07TC2418	TORN CORT AUTOT RADIX 2,4 X 18MM (I07TC2418)	2019DM-0003484-R1	Unidad	1.00	1121-7742	187,200.00	187,200.00	0.00
I07TC2420	TORN CORT AUTOT RADIX 2,4 X 20MM (I07TC2420)	2019DM-0003484-R1	Unidad	1.00	1117-4886	187,200.00	187,200.00	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
3,528,500.00	0.00	3,528,500.00	0.00	0.00	3,528,500.00

Valor letras: Tres millones quinientos veintiocho mil quinientos 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: 21f19d4e49c78965aef3f85965221b41e9a591bbeaa0b152b1e464a0234f3876fdf5d43fb1c1b72c6a67a210cd51a288

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,15-Ago-2024 17:40:0

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:** 2024.07.0	13:00
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	23 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON	1 NIVEL I		NEIVA	NO REGISTRA	3223846283

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.07.03	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.07.03	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.07.03	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	70.00
2024.07.03	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LYC	10.00
2024.07.03	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.07.03	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.07.03	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	70.00
2024.07.03	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	LYC	1.00
2024.07.03	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	4.00
2024.07.03	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LYC	1.00
2024.07.03	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LYC	1.00
2024.07.03	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.07.03	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LYC	1.00
2024.07.03	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LYC	1.00
2024.07.03	BRA	CAT	VENOCAT CATETER # 20	LYC	1.00
2024.07.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	300.00
2024.07.03	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	300.00
2024.07.03	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LYC	1.00
2024.07.03	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.03	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.03	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LYC	1.00
2024.07.03	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	LYC	1.00
2024.07.03	ME	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	LYC	1.00
2024.07.03	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 5X5	LYC	1.00
2024.07.03	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	2.00
2024.07.03	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	5.00
2024.07.03	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.07.03	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	2.00
2024.07.03	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	2.00
2024.07.03	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	2.00
2024.07.03	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	2.00
2024.07.03	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	2.00

PACIENTE: 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON **EDAD:** 23

DIRECCION: NO REGISTRA **TELEFONO:** 3223846283

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-63962 **FECHA SINIESTRO:** 2024.06.30 **Nº POLIZA:** 8115229300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : miércoles, 3 de julio de 2024						
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	JFE1	
12:00:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	JFE1	
12:00:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		DIA	JFE1	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	5.00		DIA	JFE1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	JFE1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	JFE1	

TOTAL SUMINISTRADO: 21.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 4 de julio de 2024						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	HAC1	
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	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 SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	HAC1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	HAC1	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	HAC1	
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

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.26
HORA:	08:09:22
PAGINA No:	1

Numero: 91090 Fecha Ex. 03/07/24 Hora 11:16
Nombre Paciente: 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON
Dirección: NO REGISTRA Telefono:3223846283 Edad:23 A Sexo:M
Medico: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño derecho observándose imagen de fractura del externo distal del radio corregida fija y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (placas y tornillos)
También se observa fractura con desprendimiento de la apófisis estiloides del cubito.
Inmovilización de la mano y el puño con bandas de yeso.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha a través de bandas de yeso observándose fractura ligeramente desplazada del 3° proximal del 1° metacarpiano.

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:	24.08.26
HORA:	08:09:43
PAGINA No:	1

Numero: 91905 Fecha Ex. 01/08/24 Hora 09:57
Nombre Paciente: 1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON
Dirección: NO REGISTRA Telefono:3223846283 Edad:23 A Sexo:M
Medico: ADRIANA MOLINA RAMOS Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA Prioridad: BAJA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño observándose fractura del extremo distal del radio corregida y fiada con elementos de osteosíntesis metálica (placas y tornillos).
Relación articular radiocarpiano normal.
Fractura con desprendimiento de la apófisis esteloidea del cubito.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha a través de bandas de yeso observándose las estructuras osteoarticulares de la mano con características anatómicas satisfactorias.
Hay imagen de fractura distal radial corregida y fijada con elementos de osteosíntesis metálica y fractura de la apófisis esteroidea del cubito.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 184027

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -184027 **Fecha** 01/08/2024

Nombre Paciente: PEREZ VALENCIA GERSON - 1192745227 **Edad:** 23 **Sexo:** M

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
3. S622-FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO
4. S623-FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 11:10H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 6 CM APROXIMADAMENTE EN CARA ANTERIOR DE ANTEBRAZO DERECHO TERCIO DISTAL, 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

11:20H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Adriana Molina
QUIEN REALIZA

Gerson Perez
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,20-Ago-2024 08:27:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS

TIPO CONTRATO
EVENTO

ANEXO1

VIA INGRESO AMBULATORIA
MOTIVO 04 PROCEDIMIENTOS

CONTRATO/PLAN
001 0 SOAT 50% DESC

REGIMEN
OTRO REGIMEN

EDAD
23 Años

ANEXO2:

Fecha Ingreso: 2024.08.0 11:13
Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON

ESTRATO:
1 NIVEL I

MUNICIPIO
NEIVA

DIRECCION
NO REGISTRA

TELEFONO
3223846283

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.08.01	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2024.08.01	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2024.08.01	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	1.00
2024.08.01	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2024.08.01	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00
2024.08.01	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	ADM	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 184027

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -184027 **Fecha** 01/08/2024

Nombre Paciente: PEREZ VALENCIA GERSON - 1192745227 **Edad:** 23 **Sexo:** M

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
3. S622-FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO
4. S623-FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 10:59H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 23 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO Y REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO DE MANO DERECHA (03/07/2027) CON ORDEN DE RETIRO DE YESO

11:00H// SE TRASLADA A SALA DE YESO DONDE SE OBSERVA INMOVILIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO , MMANO DERECHA, CON YESO CERRADO LO CUAL SE PROCEDE A UTILIZAR LA SIERRA PARA EL RETIRO, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 500 CC DE CLORURO DE SODIO QUEDANDO LIMPIO Y SECO, SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA.

Adriana Molina
QUIEN REALIZA

Gerson Perez
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,20-Ago-2024 08:27:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** AMBULATORIA	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 04 PROCEDIMIENTOS	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.08.0	11:13
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	23 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1192745227 PEREZ VALENCIA GERSON	1 NIVEL I		NEIVA	NO REGISTRA	3223846283

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.08.01	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00

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	1192745227
NOMBRES	GERSON
APELLIDOS	PEREZ VALENCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/01/2024 04:10:39	**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

4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.003.804.753
NAVARRO AMOROCHO

APELLIDOS
JOHAN SEBASTIAN

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029630562

MARCA SUZUKI
LÍNEA VIVA R COOL
MODELO 2024
COLOR BLANCO
SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA
CARROCERÍA SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE GASOLINA
NO. MOTOR 3PSBE4EW2RC103914
NO. CHASIS 3PSBE4EW2RC103914
NO. SERIE R
NACIONALIDAD COLOMBIANA

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-2001

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

02-JUL-2019 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

R-1900100-01217937-M-1003804753-20210224 0073545627A 1 9914826463

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

8

DECLARACIÓN DE PERTENENCIA

DE

FECHA (M-D-A)

PUERTAS

06/06/2023

0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. DUPLICADO

FECHA VENCIMIENTO

26/07/2023

26/07/2023

CLASE Y TIPO DE VEHÍCULO

CAMPERO

SERVICIO

PÚBLICO

MARCA

CHEVROLET

LÍNEA

OPTRA

COLOR

BLANCO

MODELO

2007

CILINDRAJE

1800

NÚMERO DE MOTOR

T18SED

NÚMERO DE CHASIS

9GASJ52Z07B

NÚMERO DE SERIE

9GASJ52Z07B

NÚMERO DE VIN

9GASJ52Z07B

NÚMERO DE PASAJEROS

5

NÚMERO DE PUERTAS

4

TIPO DE CARROCERÍA

CAMPERO

TIPO DE COMBUSTIBLE

GASOLINA

NÚMERO DE EJES

2

NÚMERO DE LLANTAS

4

NÚMERO DE REGRABACIÓN

NÚMERO DE REGRABACIÓN

NÚMERO DE REGRABACIÓN

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:	**PMG70G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10029630562**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**SUZUKI**	LÍNEA:	**VIVA R COOL**
MODELO:	**2024**	COLOR:	**BLANCO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**E482-234818**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FSBE4EW2RC103918**	NÚMERO DE VIN:	**9FSBE4EW2RC103918**
CILINDRAJE:	**113**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**26/07/2023**
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
8115229300	24/07/2023	25/07/2023	24/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO 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: 18/11/2024

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-FEC1-64046 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es PEREZ VALENCIA GERSON

HISTORIA No. 1192745227

GLOSA No: ZGL-1-49033 **SINIESTRO:** 64046

Recibido! 21 de Noviembre del 2024 20314471

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: SO1-39103- SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	118600.00	

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	118600.00	LECTURA DE ESTUDIO REALIZADO

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 EL PACIENTE EN LOS HALLAZGOS DE LA DESCRIPCION QUIRURGICA PRESENTA (FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO DE MANO DERECHA). POR LO QUE EL ESPECIALISTA VIO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA REDUCION CERRDA FRACTURAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/11/2024

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-FEC1-64046 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es PEREZ VALENCIA GERSON

HISTORIA No. 1192745227

GLOSA No: ZGL-1-49033 **SINIESTRO:** 64046

>> 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: SO1-39103- SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	118600.00	

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	118600.00	LECTURA DE ESTUDIO REALIZADO

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 EL PACIENTE EN LOS HALLAZGOS DE LA DESCRIPCION QUIRURGICA PRESENTA (FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO DE MANO DERECHA). POR LO QUE EL ESPECIALISTA VIO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA REDUCION CERRDA FRACTURAS

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:
METACARPIANOS CODIGO 14151 DONDE PROCEDE A REALIZAR LA REDUCCION. POR OTRO LADO, SE ANEXA COPIA DE LA LECTURA DEL RX TOMADO LUEGO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA FRACTURA LIGERAMENTE CORREGIDA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-39207- GRUPO 05

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	156450.00	

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	156450.00	LECTURA DE ESTUDIO REALIZADO

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 EL PACIENTE EN LOS HALLAZGOS DE LA DESCRIPCION QUIRURGICA PRESENTA (FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO DE MANO DERECHA). POR LO QUE EL ESPECIALISTA VIO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA REDUCION CERRDA FRACTURAS METACARPIANOS CODIGO 14151 DONDE PROCEDE A REALIZAR LA REDUCCION. POR OTRO LADO, SE ANEXA COPIA DE LA LECTURA DEL RX TOMADO LUEGO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA FRACTURA LIGERAMENTE CORREGIDA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-39207- GRUPO 05

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	156450.00	

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

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	156450.00	LECTURA DE ESTUDIO REALIZADO

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 EL PACIENTE EN LOS HALLAZGOS DE LA DESCRIPCION QUIRURGICA PRESENTA (FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO DE MANO DERECHA). POR LO QUE EL ESPECIALISTA VIO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA REDUCION CERRDA FRACTURAS METACARPIANOS CODIGO 14151 DONDE PROCEDE A REALIZAR LA REDUCCION. POR OTRO LADO, SE ANEXA COPIA DE LA LECTURA DEL RX TOMADO LUEGO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA FRACTURA LIGERAMENTE CORREGIDA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-14151- REDUCCION CERRADA FRACTURA METACARPIANOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	181400.00	

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	181400.00	LECTURA DE ESTUDIO REALIZADO

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 EL PACIENTE EN LOS HALLAZGOS DE LA DESCRIPCION QUIRURGICA PRESENTA (FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO DE MANO DERECHA). POR LO QUE EL ESPECIALISTA VIO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA REDUCION CERRDA FRACTURAS METACARPIANOS CODIGO 14151 DONDE PROCEDE A REALIZAR LA REDUCCION. POR OTRO LADO, SE ANEXA COPIA DE LA LECTURA DEL RX TOMADO LUEGO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA FRACTURA LIGERAMENTE CORREGIDA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 6: SO1-39305- MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y

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 71700.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 71700.00 LECTURA DE ESTUDIO REALIZADO

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 EL PACIENTE EN LOS HALLAZGOS DE LA DESCRIPCION QUIRURGICA PRESENTA (FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO DE MANO DERECHA). POR LO QUE EL ESPECIALISTA VIO PERTINENTE LA REALIZACION DE LA REDUCION CERRDA FRACTURAS METACARPIANOS CODIGO 14151 DONDE PROCEDE A REALIZAR LA REDUCCION. POR OTRO LADO, SE ANEXA COPIA DE LA LECTURA DEL RX TOMADO LUEGO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN EL CUAL SE EVIDENCIA LA FRACTURA LIGERAMENTE CORREGIDA. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 7: SO1-21602- PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE

- 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: BPL-HUMIDIFICADOR- HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO

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	9500.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9500.00	

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 9: GMR-MASCARAOXADUL- MASCARA OXIGENO ADULTO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	7000.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	7000.00	

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

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 hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 10: KR MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 12000.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 12000.00

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: MAS-VENDA-UNI VENDA YESO DE 5X5

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 9000.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 9000.00

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,

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 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 12: ME -VENDA-UNI VENDA ALGODON 5X5

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 4100.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

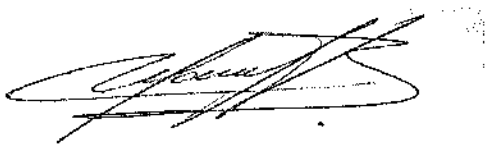
- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 4100.00

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.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	9,378,678.00
VALOR GLOSADO :	1627000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1627000.00
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.	20308193	**No.**	198235	**Siniestro**	90752050	**No. Factura**	FEC164046		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	01/07/2024	**Fecha aviso**	10/07/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**Póliza**	811522930	**Vigencia**	25/07/2023	**hast**	24/07/2024
Id tomador	52182795	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1192745227	**Nombre**	GERSON PEREZ VALENCIA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO		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	14151	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA METACARPIANOS	NO SE RECONOCE 14151 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE IMÁGENES QUE NO EVIDENCIAN LESIONES EN LOS METACARPIANOS.	100%	181,400	181,400	0
2	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05	NO SE RECONOCE 14151 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE IMÁGENES QUE NO EVIDENCIAN LESIONES EN LOS METACARPIANOS.	100%, 100%	237,200	118,600	118,600
2	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 05	NO SE RECONOCE 14151 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE IMÁGENES QUE NO EVIDENCIAN LESIONES EN LOS METACARPIANOS.	100%, 100%	625,800	312,900	312,900
2	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS	NO SE RECONOCE 14151 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE IMÁGENES QUE NO EVIDENCIAN LESIONES EN LOS METACARPIANOS.	100%, 100%	143,400	71,700	71,700
1	14152	REDUCCION CERRADA FRACTURA FALANGES MANO		100%	181,400	0	181,400
1	38122	HABITACION BIPERSONAL		100%	346,900	0	346,900
4	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	278,800	0	278,800
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 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	61,200	61,200	0
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	71,500	0	71,500
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	777100	MAOS			3,528,500	0	3,528,500

1	77702	INSUMOS	EE. NO SE RECONOCE HUMIDIFICADOR $9500NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. EE. NO SE RECONOCE MASCARA $ 7000NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. MASCARA FACIAL $12000 NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) YESO 5X5 $9000 NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) ALGODON 5X5 $4100		141,130	41,600	99,530
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	154,548	0	154,548

1001	Cobrado	9,378,678
1002	Obj. Parcial	1,627,000
1003	Liquidado	7,751,678

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 8 de 02 de 2025 a las 08:13:17 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164046

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
2b18967ec1feb4b08cec2e67c8509087db687f6deadbcc2564daaf58654dedb43e876905eecad08fdcd2d1aa40caca58

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
9378678

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-19 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
0318a69c18dd2ae203f26b7fc85066bb1294eb90a88eb0387557702f8dc5dca079e4e1361d780b45d49d2e8f968e6d05

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 12:28:12.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164046

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
2b18967ec1feb4b08cec2e67c8509087db687f6deadbcc2564daaf58654dedb43e876905eecad08fdcd2d1aa40caca58

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
e05af5e4735c4bd111036eeb5d407d518bd8baebb499b21ce8e388c011deb954d61bad8778f59adae9495dd2b0947050

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 12:41:43.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
8c39e1cd879f000a677dd0cc7687533b8f91958daeaf91a308b42901e7defe61cac5303fec7c950e1412e44c952a065b

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:39:01.000 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

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. FEC164046

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
2b18967ec1feb4b08cec2e67c8509087db687f6deadbcc2564daaf58654dedb43e876905eecad08fdcd2d1aa40caca58

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
18bb26a21686b8f10eabebfab89f90b9c8c17cc5be26e1fdb206ec64a343fa53424a16c968c22fde5265d0e47f4e4c88

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:39:10.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.09.19	13:13:19	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64056

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 183844,183851

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.28 - 16:35	2024.07.29 - 11:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: RC - 1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE EDAD : 4 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
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 22								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
	EQUIPO DE MICROGOTEO								2	5,080	10,160
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								3	700	2,100
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19977386-01	DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION								1	6,934	6,934
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19909164-02	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML								2	4,534	9,068
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	2024.07.28	873206		SAP				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206		SAP				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.28	873121		SAP				1	90,400	90,400
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
21715	ABDOMEN TOTAL	2024.07.28	879420		SAP				1	946,500	946,500
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2024.07.28	879150		SAP				1	758,200	758,200
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
19933	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	2024.07.28	903867						1	35,900	35,900
19934	TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT	2024.07.28	903866						1	35,900	35,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.28	902049						1	48,500	48,500

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 CA[illegible] 774 667 CODIGO [illegible]
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO[illegible] NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 202[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has[illegible]-00080000 AUTORIZA

Cufe: 811e3d8622cf01d5fe6907bf5c77308536aceda45fda56776d188a93ec790[illegible]f6b8cd690[illegible]1628a4a6753d65899f

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!
15 de Octubre del 2024
20308194

37

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 ,2024.09.19	13:13:19	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64056

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 183844,183851
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.07.28 - 16:35 | 2024.07.29 - 11:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE EDAD : 4 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
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	242,400	242,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 22								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
	EQUIPO DE MICROGOTEO								2	5,080	10,160
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								3	700	2,100
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19977386-01	DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION								1	6,934	6,934
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19909164-02	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML								2	4,534	9,068
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	2024.07.28	873206		SAP				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.28	873206		SAP				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.28	873121		SAP				1	90,400	90,400
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
21715	ABDOMEN TOTAL	2024.07.28	879420		SAP				1	946,500	946,500
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2024.07.28	879150		SAP				1	758,200	758,200
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	902046						1	49,900	49,900
19933	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	2024.07.28	903867						1	35,900	35,900
19934	TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT	2024.07.28	903866						1	35,900	35,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.28	902049						1	48,500	48,500

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: 811e3d8622cf01d5fe6907bf5c7308536aceda45fda56776d188a93ec7908f6b8cd590fed85ab4628a4a6753d65899f

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

37

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 ,2024.09.19	13:13:19	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64056

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.07.29	890402		CCE				1	79,100	79,100
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.07.29	890402		JOH				1	79,100	79,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.28	890302		HJC				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.28	890701		SAP				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.28	S22101		EMF				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	4,295,278	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,295,278

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.19 01:14:10 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: 811e3d8622ef01d5fe6907bf5c77308536aceda45fda56776d188a93ec7908f6b8cd590fed85ab462Ba4a6753d65899f

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

36

FACTURA:	64056
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,822,194
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,473,084
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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

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- 64056

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
RAMIREZ	OSPINA

1er.Nombre	2do.Nombre
ANDRES	JOSUE

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC X TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1077738908

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 31/12/2019 Sexo: F M X 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:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	
	Otros [ ]	Cual?					

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: U X R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA OPH87E, COLISIONA CON UN POSTA 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: OPH87E

Tipo de Vehiculo:									
	Automovil [ ]	Bus [ ]	Buseta [ ]	Camion [ ]	Camioneta [ ]
	Campero [ ]	Microbus [ ]	Tractocamion [ ]	Motocicleta [X]	Motocarro [ ]
	Mototricicio [ ]	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

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
CORREDOR	DUSSAN

1er.Nombre	2do.Nombre
MARISELLA	

Documento de identidad: CC [X] 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

1er.Apellido	2do.Apellido
ORTIZ	YAIMA

1er.Nombre	2do.Nombre
KATHERINE	

Tipo de Documento: CC [X] 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 16:35

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S399 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE

Fecha de Egreso: 29/07/2024 a las 11:30

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Diagnostico relacionado de Egreso

S399 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN,

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
PERDOMO	VARGAS

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
SERGIO	ANDRES

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	4295278	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. 65428

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 — HORA DE INGRESO: 16:35
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.07.28 — HORA DE EGRESO: 19:40
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
RELACIONADO1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DEL INGRESO

***** FECHA: 24.07.28-17:20:50 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, COLISIONA CON UN POSTA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 16+22
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALULDASER 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: 90/61 FC: 90 FR: 22 TEMP: 36.4 TALLA: 130 PESO: 40 IMC: 24 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. DOLOR EN MACIZO FACIAL, CON DOLOR A LA APERTURA ORAL. DOLOR Y MOVILIDAD DENTARIA CON TRAUMA EN ENCIAS POR ESTIGMAS DE SANGRADO. IMPRESIONA LESION TIPO RASGAMIENTO PARCIAL DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR
<<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, DOLOROSO A LA PALPACION DIFUSA DE PREDOMINIO EN HEMIABDOMEN SUPERIOR,

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO EQUIMOSIS EN PARED ABDOMINAL
<<GENITOURINARIO>>
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 MANO 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, INTERACCIONA CON EXAMINADOR, RESPONDE PREGUNTAS SENCILLAS CON MOVIMIENTOS DE LA CABEZA, 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 SUCIAS Y CONTAMINADAS EN REGION FRONTAL, LABIO SUPERIOR (PIEL Y MUCOSA) Y MANO IZQUIERDA; HERIDA EN MUCOSA DE LABIO SUPERIOR DE 1CM, HERIDA EN GIGIVAL(ENCIA) ARCADA DENTAL SUPERIOR DE 1CM CON SANGRADO EN CAPA.
<<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
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE MAYOR DE EDAD
- OBSERVACION
- LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- NADA VIA ORAL HASTA NUEVA ORDEN
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
- 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.
- SE ESPERA VALORACION DE IMAGENES PARA DEFINIR ALGUN TIPO DE ANALGESIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE CARA
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.28-17:21:31 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

NOTA MEDICA ADICIONAL DE INGRESO

SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA.

*** FECHA: 24.07.28-17:25:29 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, TRANSAMINASAS, TP, TTP, INR

*** FECHA: 24.07.28-17:44:37 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: 17:21 / 17:24 DURACION: 00:02

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 TORAX 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

*** FECHA: 24.07.28-18:15:46 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 ABDOMEN SIMPLE: NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA. INTESTINO NO VALORABLE POR NO TENER MEDIO DE CONTRASTE

TAC DE CARA: NO TRAZOS DE FRACTURAS

TAC MAXILAR INFERIOR: NO TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

HEMOGRAMA: LEUC 14720, NEU 66.3%, LINF 27.4%, HB 12.8, HTO 36.1%, PLAQ 403.000
TP 12.9, TTP 28.7, INR 0.94
CREATININA: 0.5 MG/DL, BUN: 16.0 MG/DL
TGO 49.0, TGP 32.0

CONCEPTO: DENTRO DE LA NORMALIDAD

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.28-19:40:27 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

SIGNOS VITALES: TA: 110/70 FC 92 FR 18 T 37 SATO2: 95%

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA PENDIENTE VALORACIONES POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
PENDIENTE VALORACIONES POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL.
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA

*** FECHA: 24.07.28-19:40:54 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: 2024.07.28-19:40:48 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S097 - TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA		
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

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
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65431

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2024.07.28	HORA DE INGRESO: 20:50
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2024.07.29	HORA DE EGRESO: 11:30
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO:	T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO:	S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO1:	S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO2:	S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.28-21:05:02 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO, ACCIDENTE DE TRÁNSITO EL 28/07/2024. DONDE PRESENTO HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR MUCOSA GINGIVAL, TRAUMA CRANEO-FACIAL. TRAUMA CERRADO DE ABDOMMEN. CONTUSIONES Y ABRASIONES, VALORADO POR CIRUGIA PLASTICA QUIEN INDICA MANEJO QUIRÚRGICO, AHORA EN POP DE: LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS , DESBRIDAMIENTO, SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR Y MUCOSA GINGIVAL MAS DERMOABRASION MECANICA PARCIAL EN CARA Y AREA GENERAL. INGRESA PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO, AHORA REFIERE SENTIRSE BIEN EN ESTE MOMENTO, CON DOLOR CONTROLADO. NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 90/61 FC: 90 FR: 22 TEMP: 36.4 TALLA: 100 PESO: 40 IMC: 40 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normocéfalo, no deformidad DOLOR A LA PALPACION, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara DOLOR A LA PALAPCION MALAR Y MENTON.
<<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. 65431

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. LEVE DOLOR A LA PALAPCION SUPERFICIAL No dolor a palpación 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. LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN REGION CLAVICULAR, HOMBRO Y MANO IZQUIERDA. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.
<<NEUROLOGICO>>
Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. CEFALEA 3/10 No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
ABRASIONES LIMPIAS EN: REGION FRONTAL IZQUIERDO, LABIO SUPERIOR Y EN MANO IZQUIERDA. HERIDAS SUTURADAS EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR Y MUCOSA GINGIVAL
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1 - HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR MUCOSA GINGIVAL.
2 - TRAUMA CRANEO-FACIAL.
3 - TRAUMA CERRADO DE ABDOMMEN.
4 - CONTUSIONES Y ABRASIONES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS , DESBRIDAMIENTO, SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR Y MUCOSA GINGIVAL MAS DERMOABRASION MECANICA PARCIAL EN CARA Y AREA GENERAL, (28/07/2024).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, AHORA EN PÓP INMEDIATO, DE MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA EN OBSERVACCION PARA SEGUIMIENTO Y VALORACIONES PENDIENTES POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL SE CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA, YA CON ALTA POR CIRUGIA PLASTICA, 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:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 20 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML , CANT: 1, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 15 CC VO CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65431

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 250 MG IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLICAR 30 MG IV CADA 12 HORAS.
, 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

- CONTINUAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO MEDICO, VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACIONES PENDIENTES

- 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 SEGUN ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA.
- PENDIENTE VALORACIÓN POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.28-22:38:00 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 - HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR MUCOSA GINGIVAL.
2 - TRAUMA CRANEO-FACIAL.
3 - TRAUMA CERRADO DE ABDOMMEN.
4 - CONTUSIONES Y ABRASIONES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1 - POP DE LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS , DESBRIDAMIENTO, SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR Y MUCOSA GINGIVAL MAS DERMOABRASION MECANICA PARCIAL EN CARA Y AREA GENERAL, (28/07/2024).

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SIGNOS VITALES ESTABLES: TA: 90/60 FR: 18 RPM, T: 36.8 GRADOS, SATO: 97% PULSO: 79 LXM.
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.
VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
NO SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN SIN DOLOR.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65431

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PELVIS ESTABLE.
NEUROLOGICAMENTE ESTABLE.
PIEL: ABRASIONES LIMPIAS EN: REGION FRONTAL IZQUIERDO, LABIO SUPERIOR Y EN MANO IZQUIERDA. HERIDAS SUTURADAS EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR Y MUCOSA GINGIVAL
A NIVEL DE: REGION CLAVICULAR, HOMBRO Y MANO IZQUIERDA. PRESENTA: LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD, SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL 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---NALGESICOS MAS ANTIBIOTICOTERAPIA
3--RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: CUERVO.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

*** FECHA: 24.07.29-06:53:50 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: 90/60 FR: 18 T: 36.5, P: 100 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 PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL Y NEUROCIRUGIA, ALTA POR ORTOPEDIA, YA MANEJADO POR CIRUGIA PLASTICA, 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 CIRUGIA GENERAL Y NEUROCIRUGIA.
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

*** FECHA: 24.07.29-11:05:32 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. 65431

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** 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
SIMETRICCO SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO: NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA
DX:
TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE ABDOMEN, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR HOLMAN
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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: 24.07.29-11:17:55 MEDICO: / (DR(A), CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA**********
PACIENTE QUIEN PRESENTA PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO IBA CON LOS PADRES SIN CASCO . SIN PERDIDA DEL ESTADO DE CONSCIENCIA. REFIERE LA MADRE EL NIÑO NO HA TENIDO CEFALEA NO EMESIS.

AL EF
ALERTA, ORIENTADO, OBEDECE ORDENES , G 15, PINRAL, SIMETRIA FACIAL, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. NO DOLOR A LA PALPACION CERVICO DORSO LUMBAR. ABRASION FRONTAL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65431

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

TAC CEREBRAL SIMPLE NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA NO FRACTURAS

A. PACIENTE SIN HIPERTENSION ENDOCRANEANA CLINICA NI RADIOLOGICA, NO PERDIDA DE CONOCIMIENTO, NO CEFALEA, SIN LESIONES INTRACRANEANAS POR TRAUMA RADIOLOGICAS QUE REQUIERAN MANEJO POR NEUROCIRUGIA, POR LO CUAL SE CONSIDERA DAR ALTA POR NEUROCIRUGIA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA PARA REINGRESO A URGENCIAS.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS EN TCE CLINICA DE FRACTURAS.

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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

***** FECHA: 24.07.29-11:29:48 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65431

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DRA. CAMARGO.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65431

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

ACETAMINOFEN JARABE 60 ML , CANT: 1, CADA: 6 Hrs, DOSIS: DAR 15 CC VO CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION , CANT: 1, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 250 MG VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.29-11:30:31 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: 2024.07.29-11:30:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO		
RELACIONADO 1:	S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA		
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@. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REG. MED: 244

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183844

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183844 **Fecha** 28/07/2024

Nombre Paciente: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE - 1077738908 **Edad:** 4 **Sexo:** M

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
3. S399-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn%sticos Definitivos:

1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
3. S399-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	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 TORAX 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 Falla
QUIEN REALIZA

Ingrid Tileth Ramirez
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,20-Ago-2024 20:28:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2024.07.2 16:35
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 4 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE 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

PACIENTE: 1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE **EDAD:** 4

DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 **TELEFONO:** 3209742635

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64397 **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						
21:06:00	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML	1.00	ORAL	NOCHE	MFA	
21:06:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:06:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:06:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:06:00	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
21:06:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFA	
21:06:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
21:06:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
21:06:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
				TOTAL SUMINISTRADO:	12.00	
FECHA DEL CONTROL : lunes, 29 de julio de 2024						
03:06:00	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
03:06:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VACI	
05:06:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
05:06:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
05:06:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VACI	
05:06:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
05:06:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
09:06:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
09:06:00	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1.00		DIA	MFA	
09:06:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFA	
09:06:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
09:06:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
				TOTAL SUMINISTRADO:	13.00	

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE No. Identif. 1077738908 Edad. 4

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.07.29

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN JARABE 60 ML	**Cant.:**	1.00	DAR 15 CC VO CADA 6 HORAS
* DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION	**Cant.:**	1.00	APLICAR 250 MG VO CADA 8 HORAS. 5 cc c/8hrs. x 5 dias.

Julio A. Mendoza Paez
RM. 1118849370
MÉDICO GENERAL

MEDICO **FARMACIA** Ingrid Juheth Ramírez O. **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -214686

FECHA EMISION: 2024.07.29
HORA: 11:40:54
PAGINA No: 1

USUARIO: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE
FECHA DE PEDIDO: 2024/07/29
DOC.IDENT: RC 1077738908 **CAMA:** -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	LAP ACETAMINOFEN JARA	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML	1.00
002	COA SUSPENSION FRAS	DICLOXACILINA X250MG SUSPENCION	1.00
		TOTAL CANTIDAD:	2.00

Ingrid Pernicel Ospina
Recibido Paciente

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407280013

RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

202407280013

Documento	: TI1077736908	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2020-07-28	Edad	: 04 Años	Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso : 2024-07-28 05:44:19 pm	F. Impreso : 2024-07-28 06:10:43 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	14.72	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.64	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	12.8	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	36.1	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	77.8	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	27.5	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.3	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	403	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	66.3	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	27.4	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	4.6	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	1.70	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	9.76	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	4.03	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.68	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.24	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	7.7	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.1	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	14.0	%	11.5 - 14.5
PDW	15.1		
PCT	0.310	%	

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
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA.	49.0	U/L	17.0 - 59.0
TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA.	32.0	U/L	21.0 - 72.0

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407280013

RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

202407280013

Documento	: TI1077738908	**Género**	: Masculino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2020-07-26	**Edad**	: 04 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-07-28 05:44:19 pm	**F. Impreso** : 2024-07-28 06:10:43 pm

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.5	mg/dl	0.7 - 1.3

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.	28.70	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.94		

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriólogo

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: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
No.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	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	14.357.340,00
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

202407280008	CLINICA DE FRACTURAS	1083840792	CRISTIAN	JAVIER	CANO	QUIROGA	CC	M	Hemograma IV	$	34,300
202407280008	CLINICA DE FRACTURAS	1083840792	CRISTIAN	JAVIER	CANO	QUIROGA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202407280008	CLINICA DE FRACTURAS	1083840792	CRISTIAN	JAVIER	CANO	QUIROGA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202407280008	CLINICA DE FRACTURAS	1083840792	CRISTIAN	JAVIER	CANO	QUIROGA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
202407280008	CLINICA DE FRACTURAS	1083840792	CRISTIAN	JAVIER	CANO	QUIROGA	CC	M	TROPONINA CUANTITATIVA	$	105,900
JOSE ROBERTO RAMIREZ JOVEL											
202407280009	CLINICA DE FRACTURAS	83237334	JOSE	ROBERTO	RAMIREZ	JOVEL	CC	M	NITROGENO UREICO	$	16,500
202407280009	CLINICA DE FRACTURAS	83237334	JOSE	ROBERTO	RAMIREZ	JOVEL	CC	M	Hemograma IV	$	34,300
202407280009	CLINICA DE FRACTURAS	83237334	JOSE	ROBERTO	RAMIREZ	JOVEL	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202407280009	CLINICA DE FRACTURAS	83237334	JOSE	ROBERTO	RAMIREZ	JOVEL	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202407280009	CLINICA DE FRACTURAS	83237334	JOSE	ROBERTO	RAMIREZ	JOVEL	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	19,800
EDGAR ELIECER LOSADA CRUZ											
202407280010	CLINICA DE FRACTURAS	1080185239	EDGAR	ELIECER	LOSADA	CRUZ	CC	M	Hemograma IV	$	34,300
202407280010	CLINICA DE FRACTURAS	1080185239	EDGAR	ELIECER	LOSADA	CRUZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202407280010	CLINICA DE FRACTURAS	1080185239	EDGAR	ELIECER	LOSADA	CRUZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
ANDRES JOSUE RAMIREZ OSPINA											
202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	NITROGENO UREICO	$	16,500
202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	Hemograma IV	$	34,300
202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$	49,900
202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$	48,500
202407280013	CLINICA DE FRACTURAS	1077738908	ANDRES	JOSUE	RAMIREZ	OSPINA	TI	M	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	$	35,900

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:	24.08.23
HORA:	16:42:57
PAGINA No:	1

Numero: 91816 Fecha Ex. 28/07/24 Hora 13:01
Nombre Paciente: 1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE
Dirección: CALLE 12 CON CARRERA 23 Telefono:3209742635 Edad: 4 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 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 MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo 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.

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.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.23
HORA:	16:42:57
PAGINA No:	2

Numero: 91816 Fecha Ex. 28/07/24 Hora 13:03
Nombre Paciente: 1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE
Dirección: CALLE 12 CON CARRERA 23 Telefono:3209742635 Edad: 4 A Sexo:M
Medico: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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.
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 ABDOMEN SIMPLE

*HALLAZGOS

Previa administración de medio de contraste vía oral, se practican cortes axiales simples y con contraste endovenoso de todo el abdomen en forma descendente desde el apéndice xifoides hasta la sínfisis del pubis.

HALLAZGOS:
A nivel de la unión toraco abdominal no se advierten evidentes alteraciones pleuro pulmonares evolutivas.
El hígado y el bazo tienen conformación tamaño contornos y densidad homogénea preservada, no hay alteraciones focales de estos tejidos
La vesícula biliar el páncreas y las glándulas supra renales no muestran alteraciones.
Los riñones eliminan en forma satisfactoria el medio de contraste y sus características generales están conservadas.
Pilares diafragmáticos y músculos psoas con aspecto normal y simétrico
Elementos basculares retro peritoneales aorta y vena cava inferior con trayecto y diámetros normales, no hay evidencia de nódulos retro peritoneales.
En la cavidad pélvica la vejiga urinaria tienen disposición central y contornos regulares.
Las vesículas seminales, la próstata, el recto y la grasa peri -rectal no muestran cambios.
El estomago y ases intestinales con gas y medio de contraste tienen aspecto y distribución normal
No hay evidencia de masa ni de colecciones liquidas intra abdominales.
No se observa la presencia de ascitis.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.23
HORA:	16:42:57
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, 28/07/2014

Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Ingrid Yolieth Ramirez identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Andres Jose Ramirez, con identificación No. 1077738908, 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 28/07/2014 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

Ingrid Yolieth Ramirez

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1 077 738 908

Indicativo Serial 60773887

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 7 W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	OSPINA

Nombre(s)

ANDRES JOSUE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes DIC Día 31	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA-HUILA-NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado del nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15596657-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
No. de	

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ OSPINA INGRID JULIETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1075284613 de NEIVA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ OSPINA INGRID JULIETH

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1075284613 de NEIVA	Ingrid Julieth Ramirez Ospina

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No.	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
de	

NOTARÍA QUINTA DE NEIVA
ESTA FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO
NEIVA 14 ENE 2020
NOTARIO Eduardo Fierro Manrique

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario autorizado
Año 2020 Mes ENE Día 14	EDUARDO FIERRO MANRIQUE

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ACTA COMPLEMENTARIA DE FECHA 14/01/2020

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

aplicaciones.adres.g...
aplicaciones.adres.gov.co

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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1075265679
NOMBRES	KATHERINE
APELLIDOS	ORTIZ YAIMA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	EPS	RÉGIMEN	FECHA ACTIVO	FECHA RETIRO	TIPO COTIZANTE
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/04/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 07/28/2024 16:23:25 | 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

Powered by CamScanner

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 VEHÍCULO	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

IDENTIFICACION
C.C. 52284348

Powered by CamScanner

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

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: 14/11/2024

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-FEC1-64056 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

HISTORIA No. 1077738908

GLOSA No: ZGL-1-48988 **SINIESTRO:** 64056

Recibido!
18 de Noviembre del 2024
20313557

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: SO1-21717- ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 758200.00
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: 14/11/2024

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-FEC1-64056 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

HISTORIA No. 1077738908

GLOSA No: ZGL-1-48988 **SINIESTRO:** 64056

>> 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: SO1-21717- ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)

- 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 APERTURA ORAL Y MOVILIDAD DENTARIA CON TRAUMA EN ENCIAS POR ESTIGMAS DE SANGRADO, IMPRESIONA LESION TIPO RASGAMIENTO PARCIAL DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR. 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 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: 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 2 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS INICIALES EL PACIENTE PRESENTA DOLOROSO A LA PALPACION DIFUSA DE PREDOMINIO EN HEMIABDOMEN SUPERIOR. 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 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 TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 4: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9784.00	

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	9784.00	SOPORTE SALA DE CURACION E INSUMOS - HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMNETOS SUMINISTRADOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS DONDE SE EVIDENCIA EL USO DEL CLORURO DE SODIO 500ML, UNO EN SALA DE CURACION PARA LA LIMPIEZA DE ABRASIONES Y EL OTRO PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO EN SOLUCION. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 5: 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	HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTO SUMINISTRADO.

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:	4,295,278.00
VALOR GLOSADO :	2473084.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	2473084.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308194	**No.**	199756	**Siniestro**	90757085	**No. Factura**	FEC164056		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	28/07/2024	**Fecha aviso**	08/08/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**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	1077738908	**Nombre**	ANDRES JOSUE REMIREZ OSPINA
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S097		**Ciuda** NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		19,660	400	19,260
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (2) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y7O ADMINISTRACIÓN.,,,,,,	100%	68,418	9,784	58,634
2	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	139,400	0	139,400
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	90,400	0	90,400
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 DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	758,200	758,200	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 HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	34,300	0	34,300
1	19749	NITRÓGENO UREICO		100%	16,500	0	16,500
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
1	19933	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA		100%	35,900	0	35,900
1	19934	TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT		100%	35,900	0	35,900
2	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
2	39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA		100%	158,200	0	158,200
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

1001	Cobrado	4,295,278
1002	Obj. Parcial	2,473,084
1003	Liquidado	1,822,194

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 183844

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183844 **Fecha** 28/07/2024

Nombre Paciente: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE - 1077738908 **Edad:** 4 **Sexo:** M

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
3. S399-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
3. S399-TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	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 TORAX 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 Falla
QUIEN REALIZA

Ingrid Julieth Ramirez
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,20-Ago-2024 20:28:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS

TIPO CONTRATO
EVENTO

ANEXO1

VIA INGRESO URGENCIAS
MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN
001 0 SOAT 50% DESC

REGIMEN
OTRO REGIMEN

EDAD
4 Años

ANEXO2:

Fecha Ingreso: 2024.07.2 16:35
Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

ESTRATO:
1 NIVEL I

MUNICIPIO
NEIVA

DIRECCION
CALLE 12 CON

TELEFONO
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

PACIENTE: 1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE **EDAD:** 4

DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 **TELEFONO:** 3209742635

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64397 **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					
21:06:00	ACETAMINOFEN JARABE 60 ML	1.00	ORAL	NOCHE	MFA	
21:06:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:06:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:06:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:06:00	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
21:06:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFA	
21:06:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
21:06:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
21:06:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
				TOTAL SUMINISTRADO:	12.00	
FECHA DEL CONTROL :	lunes, 29 de julio de 2024					
03:06:00	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
03:06:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VACI	
05:06:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
05:06:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
05:06:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VACI	
05:06:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
05:06:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
09:06:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
09:06:00	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1.00		DIA	MFA	
09:06:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFA	
09:06:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
09:06:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
				TOTAL SUMINISTRADO:	13.00	

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:15:19 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164056

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
811e3d8622cf01d5fe6907bf5c77308536aceda45fda56776d188a93ec7908f6b8cd590fed85ab4628a4a6753d65899f

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4295278

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-19 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
c6ea1d7e9d4651520408a51d49a26e746dc4893aba830cca7f296639f2230867dfa0c964dc3e01d4fc03529476e999b3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 01:14:09.000 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

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. FEC164056

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
811e3d8622cf01d5fe6907bf5c77308536aceda45fda56776d188a93ec7908f6b8cd590fed85ab4628a4a6753d65899f

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
4775d9f452775ab1ff326c6c797ebe9c41bfc25aa31d37d6451e675e386346e8ea738e0591795f4f130da220309a8dbc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 01:27:49.000 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:
bde6213832ef7333923f069c497e84484fbbd4bc98572a82886003c2464e63f911b63228900d6b30d353db51b7184364

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:38:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

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. FEC164056

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
811e3d8622cf01d5fe6907bf5c77308536aceda45fda56776d188a93ec7908f6b8cd590fed85ab4628a4a6753d65899f

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
34b5f5c8b9ca64387aaf2de352dc922e99b48b67dc33def7e6f277fade8187ccd46cf921fad8642c6806bf0e7041feb3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:38:49.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.09.19	13:14:15	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64057

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860026416 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 183849

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2024.07.28 - 16:35 2024.07.28 - 20:27

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE
EDAD : 4 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
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	28-Jul-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jul-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	28-Jul-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	28-Jul-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	28-Jul-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	28-Jul-2024	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	121,000	121,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jul-2024	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	79,100	79,100
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	28-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	28-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	28-Jul-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	28-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	28-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	28-Jul-2024	39302	4		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
	VICRYL SUTURA # 6-0								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
246800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
361916	MASCARA FACIAL # 3								1	12,358	12,358
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 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. 8.5 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
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								5	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	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... CONSUMO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTO... NIT. 800.110.181

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De... Fecha: 202...12.27 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has... ...-00080000 AUTORIZA

¡Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308195

Cufe: f62a3cff1fe1df77d3b7ede57cf52e31b278c254b505265524273e211814d...f0bead...0...7e1128944153bba96

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 ,2024.09.19	13:14:15	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64057

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: 183849

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2024.07.28 - 16:35 2024.07.28 - 20:27

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: RC - 1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE
EDAD : 4 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
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1I Interv 100%										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	28-Jul-2024	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	431,100	431,100
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jul-2024	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	254,600	254,600
39119	GRUPO 08	28-Jul-2024	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	113,000	113,000
39210	GRUPO 08	28-Jul-2024	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	764,300	764,300
39303	GRUPOS 07 08 09	28-Jul-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	28-Jul-2024	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	121,000	121,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jul-2024	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	79,100	79,100
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	28-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	28-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	28-Jul-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	28-Jul-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	28-Jul-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	28-Jul-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	28-Jul-2024	39302	4		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
	VICRYL SUTURA # 6-0								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
246800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
361916	MASCARA FACIAL # 3								1	12,358	12,358
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
908605	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257-05	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								100	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								5	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								100	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: f82a3cff1fe1df77d3b7ede57cf52e31b278c254b505265524273e211814dff0bead6c780bce36a7e1128944153bba96

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. 837 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.19	13:14:15	2024.10.19

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64057

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	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	2024.07.28	890202	HAP					1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.28	890202	JHT					1	61,200	61,200
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2024.07.26	MERCUCROMO	LYC					1	0	0

VALOR BRUTO:	3,623,258	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,623,258

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.19 01:15:02 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: f82a3cff1fe1df77d3b7ede57cf52e31b278e254b50526552427 3e211814dff0bead6c780bee36a7e1128944153bba96

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:	64057
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,500,858
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 122,400
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64057

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
RAMIREZ	OSPINA

1er.Nombre	2do.Nombre
ANDRES	JOSUE

Tipo de Documento: CC CE CN PA RC X TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1077738908

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 31/12/2019 Sexo: F M X 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:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	
	Otros [ ]	Cual?					

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: U X R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA OPH87E, COLISIONA CON UN POSTA 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: 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

Poliza SOAT No: 8119337700

Vigencia de la Poliza: Desde: 15/11/2023 Hasta: 14/11/2024

intervencion de la Auto. Si [ ] No X

Cobro excedente Poliza Si [ ] No X

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
CORREDOR	DUSSAN
1er.Nombre	**2do.Nombre**
MARISELLA	

Documento de identidad: CC [X] 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

1er.Apellido	2do.Apellido
ORTIZ	YAIMA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
KATHERINE	

Tipo de Documento: CC [X] 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 16:35
Diagnostico presuntivo de Ingreso
Diagnostico definitivo de Ingreso
S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
Diagnostico relacionado de Ingreso
S399 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE

Fecha de Egreso: 28/07/2024 a las 20:27
Diagnostico presuntivo de Egreso
Diagnostico definitivo de Egreso
S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
Diagnostico relacionado de Egreso
S399 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN,

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
PERDOMO	VARGAS
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
SERGIO	ANDRES

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	3623258	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. 65428

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 — HORA DE INGRESO: 16:35
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.07.28 — HORA DE EGRESO: 20:27
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
RELACIONADO1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.28-17:20:50 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, COLISIONA CON UN POSTA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 16+22
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALULDASER 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: 90/61 FC: 90 FR: 22 TEMP: 36.4 TALLA: 130 PESO: 40 IMC: 24 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. DOLOR EN MACIZO FACIAL, CON DOLOR A LA APERTURA ORAL. DOLOR Y MOVILIDAD DENTARIA CON TRAUMA EN ENCIAS POR ESTIGMAS DE SANGRADO. IMPRESIONA LESION TIPO RASGAMIENTO PARCIAL DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR
<<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, DOLOROSO A LA PALPACION DIFUSA DE PREDOMINIO EN HEMIABDOMEN SUPERIOR,

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO EQUIMOSIS EN PARED ABDOMINAL
<<GENITOURINARIO>>
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 MANO 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, INTERACCIONA CON EXAMINADOR, RESPONDE PREGUNTAS SENCILLAS CON MOVIMIENTOS DE LA CABEZA, 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 SUCIAS Y CONTAMINADAS EN REGION FRONTAL, LABIO SUPERIOR (PIEL Y MUCOSA) Y MANO IZQUIERDA; HERIDA EN MUCOSA DE LABIO SUPERIOR DE 1CM, HERIDA EN GIGIVAL(ENCIA) ARCADA DENTAL SUPERIOR DE 1CM CON SANGRADO EN CAPA.
<<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
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE MAYOR DE EDAD
- OBSERVACION
- LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- NADA VIA ORAL HASTA NUEVA ORDEN
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
- 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.
- SE ESPERA VALORACION DE IMAGENES PARA DEFINIR ALGUN TIPO DE ANALGESIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

TAC DE ABDOMEN SIMPLE
TAC DE CARA
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.28-17:21:31 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

NOTA MEDICA ADICIONAL DE INGRESO

SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA.

*** FECHA: 24.07.28-17:25:29 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, TRANSAMINASAS, TP, TTP, INR

*** FECHA: 24.07.28-17:44:37 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: 17:21 / 17:24 DURACION: 00:02

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 TORAX 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

*** FECHA: 24.07.28-18:15:46 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 ABDOMEN SIMPLE: NO HEMO NI NEUMOPERITONEO, NO DISTENSION DE ASAS, NO LESION DE VISCERA MACIZA. INTESTINO NO VALORABLE POR NO TENER MEDIO DE CONTRASTE

TAC DE CARA: NO TRAZOS DE FRACTURAS

TAC MAXILAR INFERIOR: NO TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

HEMOGRAMA: LEUC 14720, NEU 66.3%, LINF 27.4%, HB 12.8, HTO 36.1%, PLAQ 403.000
TP 12.9, TTP 28.7, INR 0.94
CREATININA: 0.5 MG/DL, BUN: 16.0 MG/DL
TGO 49.0, TGP 32.0

CONCEPTO: DENTRO DE LA NORMALIDAD

*** FECHA: 24.07.28-19:40:27 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

SIGNOS VITALES: TA: 110/70 FC 92 FR 18 T 37 SATO2: 95%

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA PENDIENTE VALORACIONES

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
PENDIENTE VALORACIONES POR NEUROCIRUGIA, ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL.
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA

*** FECHA: 24.07.28-19:40:54 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: 2024.07.28-19:40:48 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.28-20:17:31 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/60 FC: 90 FR: 20 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN REGION FRONTAL IZQUIERDA Y LABIO SUPERIOR. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR DE 1 CM Y EN MUCOSA GINGIVAL DE 1 CM, PROFUNDAS, CON BORDES IRREGULARES.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:45 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:45 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.28-19:50:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.28-20:17:53 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/60 FC: 90 FR: 20 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN REGION FRONTAL IZQUIERDA Y LABIO SUPERIOR. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR DE 1 CM Y EN MUCOSA GINGIVAL DE 1 CM, PROFUNDAS, CON BORDES IRREGULARES.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:45 PM

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:45 PM

***** FECHA: 24.07.28-20:24:26 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: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO
INSTRUMENTADOR(A): DANIELA PEÑA

HORA INICIAL/FINAL: 19:50 / 20:10 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 18897
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CARA:
1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN REGION FRONTAL IZQUIERDA Y LABIO SUPERIOR.

2. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR DE 1 CM, PROFUNDA, CON BORDES IRREGULARES.
3. HERIDA EN MUCOSA GINGIVAL DE 1 CM, PROFUNDA, CON BORDES IRREGULARES.
EXTREMIDADES:
4. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA.

DESCRIPCION:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, IRREGULARES Y NO VIABLES.
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS.

17

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

- POR VIA 2, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 3, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA GINGIVAL CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 4, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.28-20:28:47 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE INDICA ALTA POR CIRUGIA PLASTICA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR ORTOPEDIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA GENERAL.

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR ORTOPEDIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA GENERAL.
ALTA POR CIRUGIA PLASTICA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA
RECOMENDACIONES
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 250 MG / 5 CC.....1 FRASCO
DAR 5 CC CADA 8 HORAS POR 5 DIAS

ACETAMINOFEN 150 MG / 5 CC.....1 FRASCO
DAR 8 CC CADA 6 HORAS POR 5 DIAS

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65428

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

DOC.IDENT:	RC 1077738908	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23		
FCHA.NACTO:	2019.12.31	EDAD:	4 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209742635
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

RECOMENDACIONES:
BAÑO NORMAL CON AGUA Y JABON
HIELO EN CARA HOY, MAÑANA Y PASADO MAÑANA
BUENA HIGIENE ORAL (CEPILLADO Y ENJUAGUE BUCAL)
NO RETIRAR PUNTOS DE SUTURA (SE CAEN SOLOS)
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 (UTILIZAR EN CARA GORRA, CACHUCHA, SOMBRERO, SOMBRILLA, ETC)
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: Remitido a Observaci¢n SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.28-20:27:46 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA		
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugia Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

DR@. HAROL ALBERTO PERDOMO
REG. MED: 7708263

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18897

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183849 Fecha 28/07/24

Nombre Paciente: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE 1077738908 Edad: 4 Sexo: M

Hora inicio 19:50 Hora fin: 20:10 Duraci¾n: 00:20 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HAP- HAROL ALBERTO PERDOMO Ayudante: HOS- HORACIO ORDOÑEZ SALGADO

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionDANIELA PEÑA

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA Y EXTREMIDADES.	2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CARA Y EXTREMIDADES.

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	HAP	1 - 1i Interv 100%
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	HAP	1 - 1i Interv 100%
15210	SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS	HAP	1 - 1i Interv 100%
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HAP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: CARA:

1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN REGION FRONTAL IZQUIERDA Y LABIO SUPERIOR.
2. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR DE 1 CM, PROFUNDA, CON BORDES IRREGULARES.
3. HERIDA EN MUCOSA GINGIVAL DE 1 CM, PROFUNDA, CON BORDES IRREGULARES.

EXTREMIDADES:

4. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA.

DESCRIPCION:

- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, IRREGULARES Y NO VIABLES.
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA PARCIAL DE ABRASIONES CON TATUAJE EN CARA HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- POR VIA 2, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 3, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA GINGIVAL CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 4, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18897

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183849 Fecha 28/07/24

Nombre Paciente: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE 1077738908 Edad: 4 Sexo: M

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

NO

Rayos X Intraoperatorios

NO

Intensificador de Imagen

NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1077738908

ADMISION N_: 183849

NOMBRE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE **Num. Id-:** RC 1077738908
FECHA NACIMIENTO: 2019.12.31 **EDAD:** 4 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 **HORA DE INGRESO:** 20:17:31 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.28 20:17
DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3209742635
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.28

<< REGISTRO: 20:17:31 >> (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
--><<2024.07.28-17:20:50>>, (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL) H.U. 183844
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A. PAI: COMPLETO PARA LA EDAD

--><<2024.07.28-20:17:31>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 183849
NO REFIERE

--><<2024.07.28-20:21:14>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 183849

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIOS

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

1077738908

ADMISION N_: 183849

NOMBRE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE **Num. Id-:** RC 1077738908

FECHA NACIMIENTO: 2019.12.31 **EDAD:** 4 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.07.28 **HORA DE INGRESO:** 20:17:31 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.28 20:17

DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3209742635

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 110/60 **FC:** 90 **FR:** 20 **Tmp:** 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN REGION FRONTAL IZQUIERDA Y LABIO SUPERIOR. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO SUPERIOR DE 1 CM Y EN MUCOSA GINGIVAL DE 1 CM, PROFUNDAS, CON BORDES IRREGULARES.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN MANO IZQUIERDA.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

EVOLUCION

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:45 PM

ANALISIS/PLAN

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 19:45 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.28-19:50:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2024.07.28 **HORA DE EGRESO:** 19:50:00 **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: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 183849 - 10000

NOMBRE:	RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE		C.C. -TI-RC-OTRO	1077738908	
EDAD:	4 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2019.12.31	SEXO:	M
DIRECCION:	CALLE 12 CON CARRERA 23			TELEFONO:	3209742635
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2024.07.28

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: SUTURA DE AVULSION EN LABIOS, Y MUCOSA ORAL MAS DERMOABRASION CARA Y AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><2024.07.28-17:20:50>>, (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL) H.U. 183844

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A. PAI: COMPLETO PARA LA EDAD

--->><2024.07.28-20:17:31>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 183849

NO REFIERE

--->><2024.07.28-20:21:14>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 183849

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 96/41 **FC:** 116 **FR:** 24 **PESO:** 15 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
ABRASIONES EN REGION FRONTAL IZQUIERDA CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CONTAMINADAS CON TIERRA Y PIEDRAS

ORL: Mallampaty:
HERIDA EN LABIO SUPERIOR IZQUIERDO Y MUCOSA ORAL DE ENCIA IZQUIERDA, DEBORDES IRREGULARES, MACERADOS,

CUELLO:
DMT MENOR DE 7CM, DME MENOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO Y CON IMPACTACION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN MANO IZQ

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 183849 - 10000

NOMBRE: RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE C.C. -TI-RC-OTRO 1077738908
EDAD: 4 A FECHA DE NACIMIENTO: 2019.12.31 SEXO: M
DIRECCION: CALLE 12 CON CARRERA 23 TELEFONO: 3209742635
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

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:** 2024.07.28 **HORA:** 19:30:07

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA: RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Ramirez	Ospina	Andres Josue	10 77 73 98 908

FECHA	EDAD	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
28 / 07 / 24 (Día / Mes / Año / Hora)	4 (Años / Meses / Días)	H ☒ M ☐	110	45	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cirugia			

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: Desprendimiento en codo izquierdo en tercio proximal y antebrazo

OPERACION PROPUESTA

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

No — No

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO — VIA AEREA N — DIENTES N — CUELLO N

IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

RESUMEN Y PLAN: NPO monitoria signos cuidados generales + dolor analgesia NPO

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
✓	GENERAL

NECESITA SANGRE NO c.c.

PREMEDICACION NO

ESTADO PSICOLOGO Tranquilo

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION C

REPARACION E A C

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA	NEGATIVO
REFLEJOS	POSITIVO
MOTILIDAD	NEGATIVO

RECUPERACION	POSITIVA
CONCIENCIA	POSITIVA
DIURESIS	POSITIVO
SENSIBILIDAD	POSITIVO
PIEL	HUMEDAS TIBIAS

HORA 20:10

COMENTARIOS

Usuario bajo anestesia general, con signos vitales estables se suministra O2 en sala de recuperacion x 15 mins. c/q horas permeables.

TOTALES			
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO — Mejoria

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ⬭ B ⬭ R ⬭ M ⬭

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____ E A C

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. g a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

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,20-Ago-2024 20:25:4

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 16:35
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 4 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1077738908 RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 12 CON	3209742635

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.28	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.07.28	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA	LYC	1.00
2024.07.28	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	20.00
2024.07.28	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	20.00
2024.07.28	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.07.28	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	5.00
2024.07.28	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	1.00
2024.07.28	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.07.28	ZMD	MERCUCRO	MERCURIO CROMO X CC	LYC	1.00
2024.07.28	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 6-0	LYC	1.00
2024.07.28	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	100.00
2024.07.28	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	100.00
2024.07.28	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.28	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.28	KR	UNIDAD	MASCARA FACIAL # 3	LYC	1.00
2024.07.28	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	1.00
2024.07.28	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	5.00
2024.07.28	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.07.28	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.28	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	1.00
2024.07.28	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	1.00
2024.07.28	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.28	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	1.00

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1 077 738 908

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60773887

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K T W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido: RAMIREZ | Segundo Apellido: OSPINA

Nombre(s): ANDRES JOSUE

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 9 Mes D I C Día 3 1 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: B | Factor Rh: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA-HUILA-NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 155966572-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

No. de

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ OSPINA INGRID JULIETH

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1075284613 de NEIVA | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ OSPINA INGRID JULIETH

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1075284613 de NEIVA | Firma: Ingrid Julieth Ramirez Ospina

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

C.C. No. | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

de | Firma

NOTARIA QUINTA DE NEIVA
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO
NEIVA 14 ENE 2020
NOTARIO Eduardo Fierro Manrique

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 9 Mes ENE Día 1 4

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: EDUARDO FIERRO MANRIQUE

Reconocimiento paterno

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ACTA COMPLEMENTARIA NUMERO DE FECHA 14/01/2020

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

aplicaciones.adres.g...
aplicaciones.adres.gov.co

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 :

COLUMNA	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: 07/28/2024 16:23:25 | 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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030598682

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OPH87E	YAMAHA	YW125FI	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
125	NEGRO GRIS VERDE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	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

IDENTIFICACION
C.C. 52284348

Powered by CamScanner

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

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: 13/11/2024

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-FEC1-64057 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

HISTORIA No. 1077738908

GLOSA No: ZGL-1-48976 **SINIESTRO:** 64057

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313275

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: 13/11/2024

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-FEC1-64057 fechada el dia 24.09.19 cuyo paciente es RAMIREZ OSPINA ANDRES JOSUE

HISTORIA No. 1077738908

GLOSA No: ZGL-1-48976 **SINIESTRO:** 64057

>> 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

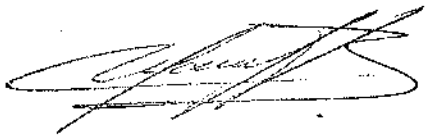
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	61200.00	

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:	3,623,258.00
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.	20308195	**No.**	199756	**Siniestro**	90757085	**No. Factura**	FEC164057		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	28/07/2024	**Fecha aviso**	08/08/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**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	1077738908	**Nombre**	ANDRES JOSUE REMIREZ OSPINA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S097					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)		100%	431,100	0	431,100
1	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08		100%	254,600	0	254,600
1	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08		100%	113,000	0	113,000
1	39210	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 08		100%	764,300	0	764,300
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%	409,500	0	409,500
2	15210	SUTURA HERIDA CARA| INCLUYE SUTURA LABIOS	/	100%, 100%	302,400	0	302,400
3	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05	//	100%, 100%, 100%	316,300	0	316,300
1	15183	DERMOABRACION AREA GENERAL		100%	181,400	0	181,400
2	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 05	/	100%, 100%	431,600	0	431,600
2	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06	/	100%, 100%	264,800	0	264,800
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	77702	INSUMOS			31,858	0	31,858

1001	Cobrado	3,623,258
1002	Obj. Parcial	122,400
1003	Liquidado	3,500,858

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:15:52 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164057

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
f82a3cff1fe1df77d3b7ede57cf52e31b278c254b505265524273e211814dff0bead6c780bee36a7e1128944153bba96

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3623258

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-19 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
a26309cf969661e945079ff28b53b50293ed8e2a6ce9857980094adb0abca8c62ecd667ef227d97ad1fe75cf816d1de8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 01:15:02.000 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. FEC164057

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
f82a3cff1fe1df77d3b7ede57cf52e31b278c254b505265524273e211814dff0bead6c780bee36a7e1128944153bba96

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7e8d2c56e6904316ccd8f1a2396ac2c2d9bf7c41f1687e5fa0cd84cef36380fe6d56d97ce187397bcb94c8d214b1c6e3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-19 01:27:56.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
28f72777d2d51b02f839db79c0cd6efdbb09f94cbf08462c0eb76cac3cb44b2416d5f79e1623273718892a5089ffceef

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:38:19.000 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. FEC164057

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
f82a3cff1fe1df77d3b7ede57cf52e31b278c254b505265524273e211814dff0bead6c780bee36a7e1128944153bba96

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
e56421a0ee0a0f8c4c1d8fc5225c013bf0e623619cbe2eef86e6abe221b02051454d99a83148ca85378ff9ace1b11730

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:38:29.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.20	16:35:06	2024.10.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64171

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 183192

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.16 - 19:55	2024.07.16 - 22:54

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1130024102 GARCES CAVIEDES JHON STEVEN
EDAD : 18 Años
DIRECCION: CALLE 4 N 7 33 YAGUARA TELEFONO: 3175498045

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	16-Jul-2024	S55101					HOS	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	116,700	116,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
935100	VENDA ALGODON 3X5 MEDICAL SUPPLIES								1	0	0
935100	VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 3X5								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								1	3,758	3,758
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
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	2024.07.16	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.16	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.16	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.16	873206		KSC				1	69,700	69,700
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.07.16	935304		HOS				1	77,700	77,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.16	890302		HJC				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.16	890701		HOS				1	81,400	81,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.07.16	S22103		HOS				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[illegible] ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPE[illegible] NIT. 800.110.181

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: [illegible] por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00056595 Hast[illegible]00080000 AUTORIZA

Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308196

Cufe: fde71c01ac512809605b7d14b87b1c1630a83b022d44c9cb6931a1bece3a1785271[illegible]672a7aa21872d3b49

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. [illegible] - 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 ,2024.09.20	16:36:06	2024.10.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64171

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 183192
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.07.16 - 19:55 2024.07.16 - 22:54

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1130024102 GARCES CAVIEDES JHON STEVEN EDAD : 18 Años
DIRECCION: CALLE 4 N 7 33 YAGUARA TELEFONO: 3175498045
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	16-Jul-2024	S55101					HOS	1	95,500	95,500
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	116,700	116,700
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
935100	VENDA ALGODON 3X5 MEDICAL SUPPLIES								1	0	0
935100	VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 3X5								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								1	3,758	3,758
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
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	2024.07.16	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.16	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.16	873206		KSC				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.07.16	873206		KSC				1	69,700	69,700
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.07.16	935304		HOS				1	77,700	77,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.16	890302		HJC				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.16	890701		HOS				1	81,400	81,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.07.16	S22103		HOS				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: fde71c01ac512809605b7d14b87b1c1630a83b022d44c9cb6931a1bece3a17852719f3a36aa66c7672a7aa21872d3b49

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

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 ,2024.09.20	16:35:06	2024.10.20

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64171

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	846,145	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	846,145

SON: OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.20 04:35:54 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: fde71c01ac512809605b7d14b87b1c1630a83b022d44c9cb6931a1bece3a17852719f3a36aa66c7672a7aa21872d3b49

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

19

FACTURA:	64171
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 766,145
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 80,000
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64171

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
GARCES	CAVIEDES

1er.Nombre	2do.Nombre
JHON	STEVEN

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1130024102

De: 41885 Fecha de Nacimiento: 13/06/2006 Sexo: F [X] M O

Direccion: CALLE 4 N 7 33

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3175498045

Municipio: YAGUARA Cod. 885

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales:	Sismo	[ ]	Maremoto	[ ]	Erup. Volcanicas	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
	Rayo	[ ]	Vendaval	[ ]	Tornado	[ ]	
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 7 CON CALLE 8

Fecha Evento/Accidente: 16/07/2024 Hora: 17:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: YAGUARA Cod. 885 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA QXF28C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: YAMAHA Placa: QXF28C

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 8121002800

Vigencia de la Poliza: Desde: 21/02/2024 Hasta: 20/02/2025

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

GARCES	TOLEDO
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
JHON	NELSON
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 4951948

Direccion: CALLE 4 N 7 33

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: YAGUARA Cod. 885 Telefono: 3175498045 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

GARCES	CAVIEDES
1er.Apellido	2do.Apellido
JHON	STEVEN
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 1130024102

Direccion: CALLE 4 N 7 33

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3175498045

Municipio: YAGUARA Cod. 885

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [X] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: 16/07/2024 a las 18:09

Prestador que remite: ESE CENTRO DE SALUD LAURA PERDOMO DE GARCIA Codigo de inscripcion: 418850031901

Direccion: CARRERA 8 N 7 29 Telefono: 8383070 HUILA-YAGUARA

Profesional que Remite: EDWEN TARSILIO ALMANZA Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 16/07/2024 a las 18:24

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: 16/07/2024 a las 19:55

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 16/07/2024 a las 22:54

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

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

Número 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	846145	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. 65207

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1130024102	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 7 33		
FCHA.NACTO:	2006.06.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3175498045
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A-				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.16 — HORA DE INGRESO: 19:55
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.07.16 — HORA DE EGRESO: 22:54
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.16-20:21:11 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 CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA QXF28C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 19+40 HORAS
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE YAGUARA, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE HOY 16/07/2024, OCASIONANDO MULTIPLES TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, 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: 115/75 FC: 75 FR: 18 TEMP: 36.2 TALLA: 170 PESO: 72 IMC: 25 SATO2: 98 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
<<PELVIS>>

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65207

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1130024102	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 7 33		
FCHA.NACTO:	2006.06.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3175498045
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A-				

PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION DE MOVILIDAD EN CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SIN LESIONES
<<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, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION, SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA.

PLAN
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, 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

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.07.16-21:33:02 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

12

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65207

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1130024102	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 7 33		
FCHA.NACTO:	2006.06.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3175498045
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A-				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL

*** FECHA: 24.07.16-22:30:56 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.
AL EXAMEN FISICO: EDEMA, DOLOR Y LIMITACION DE MOVILIDAD DE MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, NEUROVASCULAR NORMAL.
RX: NORMALES
DX: CONTUSIONES

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA DESCRITA, SE REVISAN IMAGENES SIN EVIDENCIA DE LESIONES NI FRACTURAS, SE CONSIDERA TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS, SE INDICA COLOCAR FERULA DE YESO Y DAR EGRESO CON ANALGESICOS AMBULATORIOS, CONTROL EN 15 DIAS POR CONSULTA EXTERNA.

PLAN: SALIDA
- ANALGESICOS AMBULATORIOS
- CONTROL EN 15 DIAS
- COLOCAR FERULA DE YESO

*** FECHA: 24.07.16-22:50:31 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: 22:35 / 22:45 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 SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

16

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65207

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1130024102	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 7 33		
FCHA.NACTO:	2006.06.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3175498045
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A-				

*** FECHA: 24.07.16-22:50:44 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 SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.16-22:54:12 MEDICO: / (DR(A). HOS - HORACIO ORDOÑEZ SALGADO - C.C. 1075271438 - REG. MEDICO: 1075271438 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE DE TRANSITO + CONTUSIONES

ACTUALMENTE HEMODINAMICAMNETE ESTABLE CON SIGNOS VITALES EN METAS, CON MODULACION DEL DOLOR Y MOVILIDAD DE ARTICULACIONES, CON FERULA DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, EL CUAL SE REPORTA RADIOGRAFIAS SIN LESIONES OSEAS, VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN DECIDE DAR EGRESO CON MANEJO AMBULATORIO Y ANALGESICO, CON CONTROL POR ORTOPEDIA Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y EL PROCEDER, QUIEN REFIERE ENTEDER Y ACEPTAR

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

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.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES GENERALES
-TOMAR MEDICAMENTOS COMO SE DESCRIBE EN ORDEN MEDICA
-MANTENER EXTREMIDADES Y ZONAS AFECTADAS EN REPOSO.
-COLOCAR HIELO O FRIO EN ZONAS AFECTADAS PARA CONTROLAR INFLAMACION.
-NO MOJAR VENDAJE/FERULA DE YESO

SIGNOS DE ALARMA
ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA CUALQUIERDA DE LOS SIGUIENTES:
-FIEBRE >38° - CEFALEA INTENSA - MAREO PERSISTENTE
-CALOR LOCAL INTENSO EN ZONAS AFECTADAS
-DOLOR INTENSO NO TOLERABLE EN ZONAS AFECTADAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65207

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN

DOC.IDENT:	CC 1130024102	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 4 N 7 33		
FCHA.NACTO:	2006.06.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	YAGUARA	TEL:	3175498045
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A-				

-MALESTAR GENERAL INTENSO CON DECAIMIENTO Y DEBILIDAD MARCADA
-DIFICULTAD RESPIRATORIA O DOLOR TORACICO
-PERDIDA DE CONCIENCIA O CONVULSIONES
-SE DAN FOLLETOS Y PREVIA RECOMENDACIONES.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: ACETAMINOFEN TAB 500 MG VO CADA 6H # 20
, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: IBUPROFENO TAB 400 MG VO CADA 8H #20, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.16-22:54:03 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO		
RELACIONADO 1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		
RELACIONADO 2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

DR@. KHATERINNE SARAY
CANCHILA GUZM
REG. MED: 1067921024

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183192

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183192. **Fecha** 2024/07/16

Nombre Paciente: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN - 1130024102 **Edad:** 18 **Sexo:** M

Quien Realiza: HOS- HORACIO ORDOÑEZ SALGADO **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	HOS	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

Dr. Horacio Ordoñez S.
Médico - USCO
R. M. 1075271438

QUIEN REALIZA

Jhon Steven Garces.

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,23-Jul-2024 10:03:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS	
860028415 GARCES CAVIEDES JHON	EVENTO			**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.07.1	19:55
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	18 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1130024102 GARCES CAVIEDES JHON STEVEN	1 NIVEL I		YAGUARA	CALLE 4 N 7 33	3175498045

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.16	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 3X5	HOS	2.00
2024.07.16	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 3X5 EURO CAST-BP	HOS	1.00
2024.07.16	KOL	VENDAALG	VENDA ALGODON 3X5 MEDICAL SUPPLIES	HOS	1.00

PACIENTE: 1130024102 GARCES CAVIEDES JHON STEVEN **EDAD:** 18

DIRECCION: CALLE 4 N 7 33 **TELEFONO:** 3175498045

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64207 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.16 **Nº POLIZA:** 8121002800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 16 de julio de 2024						
20:22:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:22:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENÓSA	NOCHE	NRI	
20:22:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	NRI	
20:22:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI	
20:22:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 5.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN No. Identif. 1130024102 Edad. 18

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.07.16

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	ACETAMINOFEN TAB 500 MG VO CADA 6H # 20
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	IBUPROFENO TAB 400 MG VO CADA 8H #20

Dr. Horacio Ordoñez S.
Médico - USCO
R. M. 1075271438

MEDICO **FARMACIA** Jhon Steven Garces **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -213839

FECHA EMISION:	2024.07.16
HORA:	22:57:38
PAGINA No:	1

USUARIO: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN **FECHA DE PEDIDO:** 2024/07/16

DOC.IDENT: CC 1130024102 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. HORACIO ORDOÑEZ SALGADO

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

J. Jhon Steven Garces

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.09.09
HORA:	11:02:55
PAGINA No:	1

Numero: 91476 Fecha Ex. 16/07/24 Hora 17:15
Nombre Paciente: 1130024102 GARCES CAVIEDES JHON STEVEN
Dirección: CALLE 4 N 7 33 Telefono:3175498045 Edad:18 A Sexo:M
Medico: HORACIO ORDOÑEZ SALGADO Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea usuales.
No hay evidencia de focos de fracturas de cúbito ni de radio en las proyecciones presentadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mitad proximal del antebrazo.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
No hay evidencia de lesión osteoarticular traumática reciente de las estructuras del puño izquierdo.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares satisfactorias.
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 JULIO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo JHON STEVEN GANCES CAVIEDES identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1130024102, 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 16/07/2024 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre: JHON STEVEN GANCES
c.c. 1130024102

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

HISTORIA CLINICA
ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YAGUARA
Nit. 813003431
Dir. CARRERA 8 N 7 -29 - Tel. 8383567

Código Plantilla:2
Fecha Historia:16/07/2024 05:56 p m
Lugar y Fecha:YAGUARA,HUILA 16/07/2024 05:56 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1130024102 JHON STEVEN GARCES CAVIEDES
Administradora: EQUIDAD SEGUROS Convenio: SOAT Tipo de Usuario: SOAT
No Historia: 1130024102 Cons. Historia: 638815
Atención: Urgencias

HISTORIA CLINICA DE URGENCIA
.:

HISTORIA CLINICA DE URGENCIA
IDENTIFICACION PERSONAL
Historia: 1130024102
Hora: 17:51
Edad: 18 Años
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: EQUIDAD SEGUROS
Convenio: SOAT
LLEGADA DEL PACIENTE
conciente: SI
Muerto: NO
Se dio aviso a las autoridades: NO
El paciente llega por sus propios Medios?
El paciente llega por sus propios Medios?: SI.
ACOMPAÑANTE(Nombre y relación de parentesco o Amistad)
...: Asiste con familiares
RESIDENCIA ACTUAL,(direccion, Localidad, Municipio, Sección del pais)
...: Yaguara

Fecha: 16/07/2024
Direccion: CL 4 NO 7-03
Nombre: JHON STEVEN GARCES CAVIEDES
Telefono: 3176880111
Barrio F: LA MILAGROSA
Zona: URBANO

Alicorado: NO
Remitido: NO

CUAL?.: Caminando

EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACION O VIOLENCIA
SITIO DE OCURRENCIA:
...: Calle 4 entre carrera 7 y 8 Municipio de Yaguara
CAUSAS BASICAS QUE ORIGINA LA ATENCION:
...: Fractura dedo mano izquierda.
NOTIFICACION A FAMILIARES:
NOTIFICACION A FAMILIARES:: NO.
NOTIFICACION A LA POLICIA:
NOTIFICACION A LA POLICIA:: NO.
NOTIFICAION AL SERVICIO DE SALUD:
NOTIFICAION AL SERVICIO DE SALUD:: NO.
MOTIVO DE CONSULTA
Motivo de la Consulta: CFraida de moto en movimiento
ENFERMEDAD ACTUAL
Enfermedad Actual: Usuario 18 años sin antecedentes conocidos ingresa al servicio de emergencia para valoracion de trauma en mano izquierda al caer de moto en movimiento al perder equilibrio golpeandose contra el piso en mano izquierda. El sitio del accidente. Calle 4 entre carrera 7 y 8 del Municipio de Yaguara. No perdida del estado de conciencia. Viene para la atencion del caso.

Revision por Sistemas
CABEZA
CABEZA: NORMAL.
ORGANOS DE SENTIDOS
ORGANOS DE SENTIDOS: NORMAL
CARDIOPULMONAR
CARDIOPULMONAR: NORMAL.
GASTROINTESTINAL
GASTROINTESTINAL: NORMAL
GENITOURINARIO
GENITOURINARIO: NORMAL
OTROS SISTEMAS
OTROS SISTEMAS: NORMAL
ANTECEDENTES PERSONALES
Alergicos: NIEGA
Familiares: NIEGA
GINECO-OBSTETRICO
Patologicos: -CHIKUNGUÑA
Otros: NIEGA

Epidemiologicos: VIE EN ZONA DE RIESGOP PARA DENGUE
Farmacologicos: IBUPROFENO

Quirurgicos: -APENDICECTOMIA (JULIO 2018)

EXAMEN FISICOS
CABEZA Y CARA
CABEZA Y CARA: NORMAL
CUELLO
CUELLO: NORMAL.
TORAX

TORAX: NORMAL
ABDOMEN
ABDOMEN: NORMAL
DORSO
DORSO: NORMAL
GENITALES
GENITALES: NORMAL
EXTREMEDADES
EXTREMEDADES: ANORMAL
CUAL?.: Edema y equimosis region [illegible] articulacion metacarpo falangica dedos 2,3 y 4 de la mano izquierda. Probabilidad de fractura.
NEUROLOGICO
NEUROLOGICO: NORMAL
PIEL Y FANERAS
PIEL Y FANERAS: NORMAL
OTRO
OTRO: NORMAL
SIGNOS VITALES
TA: 122/70
FR(min): 20.00
SO2: 99
30. Peso(Klg): 73.30

FC: 95.00
Temperatura: 36.00
talla (mtrs): 1.67
IMC: 26.23

Escala de Glasgow
AO: 4
RM: 6

RV: 5
TOTAL.: 15

APERTURA OCULAR
espontanea (4):
al dolor(2):

al llamado (3):
sin respuesta ocular(1):

APERTURA OCULAR
RESPUESTA VERBAL
Orientado y dialoga/Balbucea (5):
Palabras inadecuadas/Llanto con dolor (3):
Sin respuesta verbal (1):

Desorientado y dialoga/Irritable (4):
Sonidos incomprensibles/Quejido con dolor (2):

RESPUESTA VERBAL
RESPUESTA MOTORA
Obedece ordenes/Mvto espontaneo (6):
Retira al dolor (4):
Extension de descerebracion (2):

Localiza dolor/Retirada al tocar (5):
Flexion de decorticacion (3):
Sin respuesta motora (1):

RESPUESTA MOTORA
OBSERVACIONES
OBSERVACIONES DEL GLASGOW.: NO APLICA

DERECHA
ESTADO MENTAL
Alerta...: SI
Estupor.: NO

Somnolencia: NO
Coma.: NO

DIAGNOSTICO
Dx. Principal: S623-FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS
Causa Externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta: No Aplica

CONDUCTA
DIAGNOSTICOS PROGRAMA RIESGO CVC: .NO
OBSERVACIONES?: Se remite

MEDICAMENTOS PROGRAMA RIESGO CVC: .NO

TRIAGE:
TRIAGE:: 2 URGENCIA NO VITAL

Destino Paciente: Remisión

DR. EDWEN TARSILIO ALMANZA GALARCIO
CC 6861641
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 15426

Fecha: 16/07/2024

Usuario: PAOLA CANDELA

ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YAGUARA

REMISIÓN DE PACIENTES

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YAGUA
CÓDIGO: 813003433
MUNICIPIO: YAGUARA
FECHA SOLICITUD: 16/07/2024
EVENTO: ACCIDENTE DE TRANSITO
SERVICIO QUE REMITE: URGENCIAS

OTRA INSTITUCIÓN
ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA
ESPECIALIDAD SOLICITANTE: MEDICINA GENERAL
MOTIVO DE REMISIÓN: NIVEL DE ATENCION II
SERVICIO AL QUE REMITE: URGENCIAS

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: CC 1130024102
Paciente: GARCES CAVIEDES JHON STEVEN
Fecha Nacimiento: 13 06 2006
Edad: 18 año(s)
Sexo: MASCULINO
Residencia Habitual: COLOMBIA HUILA YAGUARA
Responsable del Paciente
LUCI FERNANDA CAVIEDES ALVARES
MADRE
3177685011
Residencia Actual: Yaguara

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL

Regimen Subsidiado - Número de Ficha Sisben - Nombre EPS ARS CAJA EQUIDAD SEGUROS Nivel de Pobreza - SOAT

SERVICIOS SOLICITADOS

SS URGENCIAS ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO

CODIGO: S623 FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS

OBSERVACIONES

Usuario con trauma en mano izquierda por accidente de transito justifica valoracion por medicina especializada

PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria Urgente

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Usuario 18 años sin antecedentes conocidos ingresa al servicio de emergencia para valoracion de trauma en mano izquierda al caer de moto en movimiento al perder equilibrio golpeandose contra el piso en mano izquierda. El sitio del accidente Calle 4 entre carrera 7 y 8 del Municipio de Yaguara. Hora 5.30pm. No perdida del estado de conciencia. Viene para la atencion del caso
EXAMEN MEDICO.
ENFERMEDADES:
Equimosis y edema region metacarpiana falangica de dedos 2°3°y 4 de la mano izquierda
Resto del examen normal

Nombres y Apellidos del Medico Solicitante: EDWEN FARSIRO AMANZA GALARCIO

Firma

Registro 15426

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.130.024.102

GARCES CAVIEDES

JHON STEVEN

COL | 1.76 | M

13 JUN 2006 | A-

YAGUARA (HUILA)

17 JUN 2024, YAGUARA

19 JUN 2034

0489110 36

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0489110362190 94<<<<<<<<<<
0606136M3406197COL1130024102<1
GARCES<CAVIEDES<<JHON<STEVEN<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014930094

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
QXF28C	YAMAHA	FZ16	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
163	ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
45D3016730	N	9FKKG0347C2016730

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FKKG0347C2016730	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

GARCES TOLEDO JHON NELSON — C.C. 4951948

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	CILINDRAJE	POTENCIA HP
	******	14

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	NE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
902012000063592		12/04/2012	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
10/05/2012	28/10/2017	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.

1T06000906660

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:	QXF28C		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10014930094	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	FZ16
MODELO:	2012	COLOR:	ROJO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	45D3016730
NÚMERO DE CHASIS:	9FKKG0347C2016730	NÚMERO DE VIN:	9FKKG0347C2016730
CILINDRAJE:	153	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	10/05/2012
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA	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
8121002800	20/02/2024	21/02/2024	20/02/2025	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: 13/11/2024

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-FEC1-64171 fechada el dia 24.09.20 cuyo paciente es GARCES CAVIEDES JHON STEVEN

HISTORIA No. 1130024102

GLOSA No: ZGL-1-48973 **SINIESTRO:** 64171

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313276

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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 69700.00

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: 13/11/2024

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-FEC1-64171 fechada el dia 24.09.20 cuyo paciente es GARCES CAVIEDES JHON STEVEN

HISTORIA No. 1130024102

GLOSA No: ZGL-1-48973 **SINIESTRO:** 64171

>> 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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	69700.00	

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	69700.00	

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 LIMITACION A LA MOVILIDAD DE CODO 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. POR LO TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	846,145.00
VALOR GLOSADO :	80000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	80000.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308196	**No.**	198715	**Siniestro**	90753596	**No. Factura**	FEC164171		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	16/07/2024	**Fecha aviso**	17/07/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	29/10/2024	**Póliza**	812100280	**Vigencia**	21/02/2024	**hast**	20/02/2025

Id tomador	4951948	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1130024102	**Nombre**	JHON STEVEN GARCES CAVIEDES
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 OBSERVACION		100%	116,700	0	116,700
4	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	NO SE RECONOCE UN 21101 CODO NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	278,800	69,700	209,100
1	37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	77,700	0	77,700
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	EE.NO SE RECONOCE 39143 NO PERTINENTE SE HOMOLOGA A COD 39132 SEGUN HALLAZGOS EN LA HC.	100%	71,500	10,300	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			5,300	0	5,300
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	23,745	0	23,745

1001	**Cobrado**	**846,145**
1002	**Obj. Parcial**	**80,000**
1003	**Liquidado**	**766,145**

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 8 de 02 de 2025 a las 08:16:24 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164171

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fde71c01ac512809605b7d14b87b1c1630a83b022d44c9cb6931a1bece3a17852719f3a36aa66c7672a7aa21872d3b49

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
846145

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-20 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
a6f7e1a398b86af4dc1f375bde447dd92036a43fd3cfddf1a8c1ca8f1dc833919e36a7dd20ac23b58bc83797b0bb513f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-20 04:35:53.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

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. FEC164171

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fde71c01ac512809605b7d14b87b1c1630a83b022d44c9cb6931a1bece3a17852719f3a36aa66c7672a7aa21872d3b49

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
0fb13a4b33788ce79af81669bbb093f30029179a24076dabeebfd59c39b83b62c449c1fe06bd6454e5f56ea14f3091fa

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-20 04:59:48.000 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:
bb7e131d0c7d959621b471b34c65f56bba5e67ed452e144f789709dac558efa336675ac69000750458f2dbb91bf2f7f2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 02:13:04.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

DIAN

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. FEC164171

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
fde71c01ac512809605b7d14b87b1c1630a83b022d44c9cb6931a1bece3a17852719f3a36aa66c7672a7aa21872d3b49

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
e28f4dbf5f6bd4fb8991718ead59cca82f14ba8621ac61c685b7b9d8acc85cee75e9808755035279cec30a3227bc4b56

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 06:37:54.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.09.23	10:01:27	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64262

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 178386,178449

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.04.22 - 01:46	2024.04.23 - 08:05

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER EDAD : 53 Años

DIRECCION: CALLE 1 C N 26 41 NEIVA TELEFONO: 3186446040

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	22-Abr-2024	S55101					CAR	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								13	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								5	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								7	500	3,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	600	3,000
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								12	3,758	45,096
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								4	2,500	10,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19913783-15	PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO								22	400	8,800
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								40	250	10,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								36	280	10,080
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								8	11,300	90,400
19960016-02	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	1,200	1,200
19907582-23	METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML								2	1,500	3,000
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.22	873121					MJL	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.22	873121					MJL	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.22	873121					MJL	1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.04.22	879111					MJL	1	690,900	690,900
21712	TORAX	2024.04.22	879301					MJL	1	719,200	719,200
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2024.04.22	879510					MJL	1	589,300	589,300
879910	RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:	2024.04.22	879910					MJL	1	1,002,500	1,002,500
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.04.22	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.04.22	902208						1	34,300	34,300
19749	NITROGENO UREICO	2024.04.22	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.04.22	902045						1	49,900	49,900

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y 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: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Recibido!
15 de Octubre del 2024

Cufe: 546ff875069ad2955f771c6d8625e869a3c29a99208de795f7f8891c599d6b93339d6b9d1b47957dd735e6154a36d194

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit 2030[illegible]97 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

45

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 ,2024.09.23	10:01:27	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64262

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860026518 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P.12 BOGOTA TELEFONO: 6713072 ORDEN SS 178386,178449
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.04.22 - 01:46 2024.04.23 - 08:05

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER EDAD : 53 Años
DIRECCION: CALLE 1 C N 26 41 NEIVA TELEFONO: 3186446040
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	22-Abr-2024	S55101					CAR	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								13	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								5	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								7	500	3,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								5	600	3,000
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								12	3,758	45,096
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								4	2,500	10,000
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR								10	0	0
19913783-15	PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO								22	400	8,800
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								40	250	10,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								36	280	10,080
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								8	11,300	90,400
19960016-02	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	1,200	1,200
19907582-23	METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML								2	1,500	3,000
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.22	873121					MJL	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.22	873121					MJL	1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.04.22	873121					MJL	1	90,400	90,400
21701	CRANEO SIMPLE	2024.04.22	879111					MJL	1	690,900	690,900
21712	TORAX	2024.04.22	879301					MJL	1	719,200	719,200
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2024.04.22	879510					MJL	1	589,300	589,300
879910	RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:	2024.04.22	879910					MJL	1	1,002,500	1,002,500
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.04.22	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.04.22	902208						1	34,300	34,300
19749	NITROGENO UREICO	2024.04.22	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.04.22	902045						1	49,900	49,900

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774.667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 546ff975069ad2955f771c6d8625e869a3c29a99208de795f7f8891c599d6b93339d6b9d1b47957dd735e6154a36d194

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

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 ,2024.09.23	10:01:27	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64262

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.04.22	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.04.22	936304		CAR				1	77,700	77,700
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.04.23	890402		CCE				1	79,100	79,100
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.04.23	890402		DAO				1	79,100	79,100
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.04.22	890701		MJL				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.04.22	S22101		VIC				1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.04.22	S22103		CAR				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	4,452,131	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,452,131

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.23 10:02:16 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: 546ff675069ad2955f771c6d8625e869a3c29a99208de795f7f8891c599d6b93339d6b9d1b47957dd735e6154a36d191

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

04

FACTURA:	64262
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,476,831
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 975,300
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

860

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- 64262

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
BRAVO	PUENTES

1er.Nombre	2do.Nombre
JOSE	JAVIER

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ]

No. Documento: 7688867

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 13/09/1971 Sexo: F [ ] M [X] O [ ]

Direccion: CALLE 1 C N 26 41

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3186446040

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: VIA HOBO A CAMPOALEGRE

Fecha Evento/Accidente: 21/04/2024 Hora: 20:21

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Zona: U [ ] R [X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA UUT25F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ATRAVESARSE 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: AKT Placa: UUT25F

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 8121304200 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 06/03/2024 Hasta: 05/03/2025

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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social: BRAVO	2do.Apellido: MARROQUIN
1er.Nombre: MICHAEL	2do.Nombre: ANDRES

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento: 1077225710

Direccion: CALLE 1 C N 26 41

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001 — Telefono: 3186446040 — Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido: BRAVO	2do.Apellido: PUENTES
1er.Nombre: JOSE	2do.Nombre: JAVIER

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento: 7688867

Direccion: CALLE 1 C N 26 41

Departamento: HUILA — Cod. 41 — Telefono: 3186446040

Municipio: NEIVA — Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remision [X] Orden servicio [ ]

Fecha de Remision: 21/04/2024 a las 22:50

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: CARLOS EDUARDO SANDINO POLANIA — Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 21/04/2024 a las 23:05

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: MARIA JOSE LOPEZ CASTRO — 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: 22/04/2024 a las 01:46

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 23/04/2024 a las 08:05

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Egreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante: MARIA	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante: JOSE
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante: LOPEZ	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante: CASTRO

Tipo Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento: 1047473447

N·mero de Registro de Medico: 1047473447

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	4452131	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. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	53 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.04.22 — HORA DE INGRESO: 01:46
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.04.23 — HORA DE EGRESO: 08:05
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO1: S510 - HERIDA DEL CODO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.04.22-03:00:16 MEDICO: / (DR(A). MJL - MARIA JOSE LOPEZ CASTRO - C.C. 1047473447 - REG. MEDICO: 1047473447 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA UUT25F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ATRAVESARSE UN PERRO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORADO A LAS 01:47
PACIENTE REMITIDO DE I NIVEL COMPLEJIDAD CAMPOLAGRE QUIEN INGRESA POR ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 21/04/2024 CON POSTERIOR POLITRAUMATISMOS, RECIBE MANEJO INICIAL CON DICLOFENACO, TRAMADOL,, Y DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES ES REMITIDO PARA VALORACION Y MANEJO INTEGRAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO

** SIGNOS VITALES:
TA: 125 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36.8 TALLA: 175 PESO: 95 IMC: 31 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS REACTIVA A LA LUZ. MUCOSA HUMEDAS.
<<CUELLO>>
MOVIL NO MASAS, SIMETRICO.
<<TORAX>>
NORMOEXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES CLAROS SIN AGREGADOS, NO TIRAJES., LEVE DOLOR A LA PALPACION EN REJA COSTAL DERECHA.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRTACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
NO EXPLORADO, NIEGA TRAUMA A ESTE NIVEL.
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA LA PALPACION.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO LEVE DOLOR EN REGION INTRAESCAPULAR , MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, CON EDEMA LIMITACION FUNCIONAL,EN HOMBRO,BRAZO Y ESCAPULA DERECHA, A LA PALPACION. DEMAS ESTRAMIDADE SIN LESIONS, EXTREMIDADES EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2SEG, NEUROVASCULAR NORMAL.ANTECEDES DE AMPUTACION DE INDICE DERECHO
<<NEUROLOGICO>>
CONCIENTE ,ALERTA ORIENTADO GLASGOW 15/15 SIN DEFICTI MOTOR O SENSITIVO APARENTE, CEFALEA LEVE
<<PIEL>>
SE EVIDENCIAN ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN CADERA DERECHA, HOMBRO DERECHO, CODOS Y ANTEBRAZO DERECHO; HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO EN CODO DERECHO DE APROXIMADAMENTE 5 CM, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA,BUN, CREATININA, TP TPPT
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HUMERO DERECHO

RADIOGRAFIA DE OMOPLATO DERECHO

** PLAN DE MANEJO:

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

PLAN
- OBSERVACION
-DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- LIQUIDOS ENDOVENOSOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
-SS LABORATORIO PREQUIRURGICOS
- SS VALORACION POR ORTOPEDIA, CIRUGIA PLASTICA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 por Aplicacion6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 3 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 24.04.22-03:06:06 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: 03:02 / 03:10 DURACION: 00:08

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN HOMBRO DERECHO + ANTEBRAZO DERECHO + HERIDA SUTURADA EN CODO DERECHO + HERIDA EN CUERO CABELLUDO EN REGION TEMPORAL 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: 24.04.22-05:29:27 MEDICO: / (DR(A). MJL - MARIA JOSE LOPEZ CASTRO - C.C. 1047473447 - REG. MEDICO: 1047473447 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE DE ACCIDENTE DE TRANSITO , REMITIDO DE I NIVEL SECONFIRMA FRACTURA DE OMOPLATO DERECHO , EN LABORATORIO DE APRECIAA DENTRO DE LIMITES NORMALES,HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SE ORDENA CONTINUAR MANEJO MEDICOS ISNTAURADO.

IDX
FRACTURA DE ESCAPULA DERECHA
IGUALORDNES MEDICA
USO DE CABESTRILLO
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA 156 HTO43 LEU 15.66 BUN 16 CREATININA, 0.8TP14.30 TPPT29.70.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE HUMERO 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. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

RADIOGRAFIA DE OMOPLATO DERECHO: SE APRECIA TRAZO DE FRACTURA TRNASVERSO

*** FECHA: 24.04.22-07:54:22 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN HOMBRO DERECHO
AL EXAMEN FISICO: HOMBRO DERECHO EDEMA Y DOLOR INTENSO A MOVILIDAD DE HOMBRO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX IMAGEN COMPATIBLE CON FRACTURA DE ESCAPULA .
DX: FRACTURA DE ESCAPULA . DERECHA
PLAN: SS TAC HOMBRO DERECHO

*** FECHA: 24.04.22-07:57:19 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE HOMBRO DERECHO 3D ESCAPULA

*** FECHA: 24.04.22-08:42:52 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE HOMBRO DERECHO CON RECONSTRUCCION: CONFIRMA FRACTURA DE ESCAPULA LEVE DESPLAZAMIENTO.

*** FECHA: 24.04.22-08:44:14 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 08:40 / 08:50 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.04.22-08:44:29 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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 CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2"
PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.04.22-10:03:23 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 REFIERE PRESENTA AUMENTO DE CAFALEA A PESAR DE MANEJO ANALGESICO AHORA 10/10 PRESENTA 1 EPISODIO EMETICO ASOCIADO A MARO, SE DECIDE TOMA DE TAC CEREBRAL, SE AJUSTA MANEJO MEDICO Y SS VALORACION POR NERUOCIRUGIA, SE SUSPENDE TRAMADOL
PACIENTE QUIEN AQUEJA DOLOR INTENSO EN TORAX QUE HA IDO AUMENTANDO AHORA CON DOLOR EN HEMITORAX DERECHO, CON ALTERACION DE ADECUADA MECANICA VENTILATORIA, SS TAC DE TORAX Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE

TAC DE TORAX

** PLAN DE MANEJO:
SS VALORACION POR NEUROCIRUGIA.
SUSPENDER TRAMADOL
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV AHORA LENTO Y DILUIDO
SS TAC CEREBRAL AHORA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV LENTO Y DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.04.22-11:35:02 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
TAC DE OMBRO MUSTRA FRACTURA DE ESCAPULA QUE NO COMPROMETE LA CAVIDAD GLENOIDEA .
PLAN
SALIDA CON CABESTRILLO
ANALGESICOS INCAPACIDAD 30 DIAS
CONTROL CE EN 15 DIAS

*** FECHA: 24.04.22-11:58:40 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE LESIONES HEMORRAGICAS INTRAPARENQUIMATOSAS, NO DESVIACION DE LINEA MEDIA, VENTRICULOS LIBRES CISTERNAS AMPLIAS.
TAC DE TORAX: SE EVIDENCIA IMAGEN SUGESTIVA DE HEMOTORAX DERECHO, NO ES CLARA IMAGEN DE FRACTURA DE UNION CONDRO-ESTERNAL DE PRIMER Y 2DA COSTILLA DERECHA. AREA DE CONTUSION .

*** FECHA: 24.04.22-12:36:02 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:
** 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: 24.04.22-12:56:01 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA, DEBE REGRESAR A OBSERVACION POARA CONTINUAR VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACION POR NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA GENERAL. YA CUENTA CON ALTA POR ORTOEPDIA CON FRACTURA DE ESCAPULA DE MANEJO CONSERVADOR.

*** FECHA: 24.04.22-12:56:10 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: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.22-12:56:04 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.04.22-16:39:51 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 21/04/2024 QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN NINGUNA COMPLICACION,EN ELMOMENTO ESTABLE, AUNQUE ALGICO Y CON MAREO PERSISTENTE. SE INDICA A URGENCIAS PARA CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA GENERAL Y NEUROCIRUGIA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

NIEGA FIEBRE NO VOMITO.

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 175 PESO: 95 IMC: 31 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
<<CUELLO>>
CUELLOMOVIL NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR.
<<TORAX>>
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NOSOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, DOLOR EN REJA COSTALDERECHA. NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR EN ESTE MOMENTO.
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR.
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES.
<<PELVIS>>
SIN LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO CON DOLOR EN REGION ESCAPULAR DERECHA, CON EXTREMIDADES SIMETRICAS PERO CON DOLOR, LIMTACION Y EDEMA EN HOMBRO,CODO Y ANTEBRAZO DERECHO,CON INMOVILZACION CON CABESTRILLO EN ESTE MOMENTO.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDAEN CUERO CABELLUDO Y EN REGION DELCODO DERECHO CON ADECUADA CURACION Y SUTURA. ABRASIONES MULTIPLESEN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON ADECUADA CURACION.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS ES LLEVADO A CIRUGIA POR CIRUGIA PLASTICA SIN COMPLICACIONES, YA VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DA MANEJO CONSERVADOR POR SU FRACTURA EN OMOPLATO, PENDIENTE CONTINUAR EN OBSERVACION PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL Y NEUROCIRUGIA. ,

PLAN
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- LEV A MANTENIMIENTO.
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL Y NEUROCIRUGIA.
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 80 CCHORA., 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: 24.04.22-16:43:36 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA ************

PACIENTE QUIEN PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO, REFIERE NO HA TENIDO CEFALEA NO EMESIS.
AL EF
ALERTA OBEDECE ORDENES , G 15 PINRAL SIMETRIA FACIAL, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO DOLOR A LA PALPACION CERVICODORSOLUMBAR, INMOVILIZACION M SUPERIOR DERECHO ABRASIONES EN EXTREMIDADES

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA NO FRACTURAS DE LA BOVEDA CRANEAL, ARTIFICIO DE IMAGEN PUNTIFORME HIPERINTENSO EN TODAS LAS SECUENCIAS.

A. PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEANAS POR TRAUMA SIN HIPERTENSION ENDOCRANEANA QUE. REQUIERA MANEJO POR NEUROCIRUGIA, SE DA ALTA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS EN TCE CLINICA DE FRACTURAS.

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.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

- 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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS EN TCE CLINICA DE FRACTURAS.

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.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

- 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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON NEUROCIRUGIA DRA CAMARGO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM

*** FECHA: 24.04.22-20:42:04 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
CIRUGIA GENERAL
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , SOLICITAN VALORACIO N POR TRAUMA DE TORAX:
ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 115/70 MMHG, FC:66 X MIN, FR: 16 X MIN, SATURACION: 99%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL ANTERIOR DERECHA, 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 , ABRASION EN HOMBRO DERECHO, BRAZO DERECHO INMOVILIZADO
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

TAC DE TORAX, SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, FRACTURA A NIVEL DE PRIMERA COSTILLA DERECHA, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES, CONTUSION PULMONAR MINIMA DERECHA.

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX
FRACTURA DE OMOPLATO DERECHO
FRACTURA DE PRIMER COSTILLA DERECHA.

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SIN HEMOTORAX, SIN NEUMOTORAX. , SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA DE CIRUGI GENERAL EN 15 DIAS CON RADIOGRAFIA DE TORAX DE CONTROL
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO,

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

VOMITO O FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

***** FECHA: 24.04.22-23:12:20 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. REFIERE MAREO PERSISTENTE CON TA: 120/70 FR: 18 T: 36.5, P: 81 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE CON NAUSEAS Y MAREOL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO YA CON EGERSO POR ESPECIALSITAS PERO ANTE PERSISTENCIA DE MAREO Y NAUSEAS SE AJUSTA MANEJO Y SE CONTINUA EN OBSERVACCION, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE 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

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 80 CCHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 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 UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

SUSPENDER METOCLOPRAMIDA
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 24.04.23-08:05:26 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA MANEJO INICIAL, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE FRCATURA OMOPLATO Y PRIMERA COSTILLA DERECHA ES VALORADO POR CIRUGIA GENERAL, NEUROCIRUGÍA, Y TRAUMATOLOGÍA QUIEN DESCARTA MANEJO QUIRURGICO, MANEJADO POR CIRUGIA PLASTICA QUINES INDICA MANEJO MÉDICO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO. YA CON MEJORIA DEL VOMITO Y NAUSEAS. 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: 97% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. ORDEN DE SEGUIMIENTO, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:

** OTROS:

SOLICITAR CONTROL AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON CIRUGIA GENERAL, CON DOCTOR: MADURO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

SOLICITAR CONTROL AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON NEUROCIRUGIA, CON DOCTOR: CAMARGO.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SS RADIOGRAFIA DE TORAX TOMAR EN 15 DIAS PREVIO CONTROL CON CIRUGIA GENERAL

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 11.
1) CURACIÓN Y MANEJO DE HERIDAS SEGUN INDICACION DE CIRUGIA PLASTICA
2) EN ÁREAS DE CONTUSIÓN SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCIÓN, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACIÓN, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO.
4) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
6) NO MOJAR INMOVILIZACIÓN,
7) RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS EN TCE CLINICA DE FRACTURAS.

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.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

- 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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

8) DORMIR EN POSICION SEMISENTADA, EL DOLOR AUMENTARA EN LAS PRIMERAS 72 HORAS POSTERIOR AL ACCIDENTE, NO CARGAR PESO, NO CONVIVIR CON PERSONAS CON GRIPE, LE DOLERA: SI TOSE, SI REALIZA EJERCICIO INTENSO, NO REALIZAR LABORES DOMESTICAS QUE INCLUYAN MOVIMIENTO EXCESIVOS.
9) RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
10) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
11) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 40, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 10 DÍAS.
, DURACION TRATAM: 10, VIA: ORAL
CEFALEXINA 500 MG , CANT: 36, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 9 DÍAS.
, DURACION TRATAM: 9, VIA: ORAL
PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.
, DURACION TRATAM: 7, 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: 24.04.23-08:06:08 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: 2024.04.23-08:05:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S421 - FRACTURA DEL OMOPLATO
RELACIONADO 1: S510 - HERIDA DEL CODO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

DR@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 178386

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -178386 **Fecha** 2024/04/22

Nombre Paciente: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER - 7688867 **Edad:** 52 **Sexo:** M

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
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 HOMBRO DERECHO + ANTEBRAZO DERECHO + HERIDA SUTURADA EN CODO DERECHO + HERIDA EN CUERO CABELLUDO EN REGION TEMPORAL 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

JOSE BRAVO
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-May-2024 09:52:4

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:** 2024.04.2 01:46

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 52 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER 1 NIVEL I NEIVA CALLE 1 C N 26 41 3186446040

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.04.22	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2024.04.22	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2024.04.22	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2024.04.22	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2024.04.22	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 178386

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -178386 **Fecha** 2024/04/22

Nombre Paciente: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER - 7688867 **Edad:** 52 **Sexo:** M

Quien Realiza: CAR- CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Sala: 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S421-FRACTURA DEL OMOPLATO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	CAR	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

Carlos M. Andrade
R.M. 76867-16

QUIEN REALIZA

José Bravo

FIRMA DE PACIENTE

PACIENTE: 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER **EDAD:** 52

DIRECCION: CALLE 1 C N 26 41 **TELEFONO:** 3186446040

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62792 **FECHA SINIESTRO:** 2024.04.21 **Nº POLIZA:** 8121304200

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 22 de abril de 2024						
03:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
03:01:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
03:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
03:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
03:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
03:01:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	DANI	
03:01:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	4.00		NOCHE	DANI	
03:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
03:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
03:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
10:04:00	METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:04:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:04:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
10:04:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
11:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
11:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
11:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
11:01:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	MFA	
11:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
11:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFA	
11:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
11:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DISI	
15:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
18:00:00	METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DISI	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DISI	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DISI	
19:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DISI	
19:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DISI	
19:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DISI	
19:01:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DISI	
19:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DISI	
19:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DISI	
19:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DISI	

TOTAL SUMINISTRADO: 48.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 23 de abril de 2024					
: :00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	NRI
00:00:00	PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO	1.00	ORAL	NOCHE	NRI
00:00:00	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI
03:01:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI
03:01:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI
03:01:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI

PACIENTE: 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER **EDAD:** 52

DIRECCION: CALLE 1 C N 26 41 **TELEFONO:** 3186446040

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-62792 **FECHA SINIESTRO:** 2024.04.21 **Nº POLIZA:** 8121304200

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
03:01:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
03:01:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI	
03:01:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	NRI	
03:01:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
03:01:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
03:01:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
07:13:00	PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO	1.00	ORAL	DIA	DISI	
07:13:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	DISI	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER No. Identif. 7688867 Edad. 52

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.04.23

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	40.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 10
* CEFALEXINA 500 MG	**Cant.:**	36.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 9
* PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO	**Cant.:**	20.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7
* 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

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -208107

FECHA EMISION: 2024.04.23
HORA: 08:20:27
PAGINA No: 1

USUARIO: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER
FECHA DE PEDIDO: 2024/04/23
DOC.IDENT: CC 7688867 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	40.00
002	LAS CAJA TABL	CEFALEXINA 500 MG	36.00
002	ECA PASEDOL TABL	PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO	20.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
		TOTAL CANTIDAD:	116.00

Recibido Paciente

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202404220003

BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

202404220003

Documento	: CC7688867	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1972-01-03	Edad	: 52 Años	Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección		Teléfono	: 3186446040	Municipio	
EPS				F. Ingreso : 2024-04-22 03:21:46 am	F. Impreso : 2024-04-22 04:22:39 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	15.66	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.79	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	15.5	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	43.6	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	91.0	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	32.3	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.5	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	249	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	81.2	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	13.1	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	5.7	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	0.00	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	12.71	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.05	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.89	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.01	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	8.2	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	44.4	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.7	%	11.5 - 14.5
PDW	15.4		
PCT	0.204	%	

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
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.8	mg/dl	0.7 - 1.3

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202404220003

BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

202404220003

Documento	: CC7688867	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 1972-01-03	Edad	: 52 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección		Teléfono	: 3186446040	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-04-22 03:21:46 am F. Impreso : 2024-04-22 04:22:39 am

Firma Digital: MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	14.30	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	29.70	seg	22.00 - 38.00
INR.	1.11		

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 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: mgramirezia@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	%	IC	%	
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	11.257.830,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.257.830,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0,00
Total Impuesto (=)	0,00
Total Neto Factura (=)	11.257.830,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total Factura (=) COP $	11.257.830,00

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800110181

DEBE A:

IPS LABORATORIO CLÍNICO 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 ZUÑIGA										
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

202404220002	CLINICA DE FRACTURAS	1074184479	OLIMPO		SECO	CARREÑO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404220002	CLINICA DE FRACTURAS	1074184479	OLIMPO		SECO	CARREÑO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JOSE JAVIER BRAVO PUENTES										
202404220003	CLINICA DE FRACTURAS	7688867	JOSE	JAVIER	BRAVO	PUENTES	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404220003	CLINICA DE FRACTURAS	7688867	JOSE	JAVIER	BRAVO	PUENTES	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404220003	CLINICA DE FRACTURAS	7688867	JOSE	JAVIER	BRAVO	PUENTES	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404220003	CLINICA DE FRACTURAS	7688867	JOSE	JAVIER	BRAVO	PUENTES	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404220003	CLINICA DE FRACTURAS	7688867	JOSE	JAVIER	BRAVO	PUENTES	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JAVIER PULIDO TOVAR										
202404220004	CLINICA DE FRACTURAS	1079604374	JAVIER		PULIDO	TOVAR	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404220004	CLINICA DE FRACTURAS	1079604374	JAVIER		PULIDO	TOVAR	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404220004	CLINICA DE FRACTURAS	1079604374	JAVIER		PULIDO	TOVAR	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404220004	CLINICA DE FRACTURAS	1079604374	JAVIER		PULIDO	TOVAR	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JAIME CARVAJAL SANCHEZ										
202404220005	CLINICA DE FRACTURAS	12189391	JAIME		CARVAJAL	SANCHEZ	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202404220005	CLINICA DE FRACTURAS	12189391	JAIME		CARVAJAL	SANCHEZ	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202404220005	CLINICA DE FRACTURAS	12189391	JAIME		CARVAJAL	SANCHEZ	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202404220005	CLINICA DE FRACTURAS	12189391	JAIME		CARVAJAL	SANCHEZ	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202404220005	CLINICA DE FRACTURAS	12189391	JAIME		CARVAJAL	SANCHEZ	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JAIME CARVAJAL SANCHEZ										

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*

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.05.30
HORA:	17:48:05
PAGINA No:	1

Numero: 88993 Fecha Ex. 22/04/24 Hora 09:32
Nombre Paciente: 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER
Dirección: CALLE 1 C N 26 41 Telefono:3186446040 Edad:52 A Sexo:M
Medico: MARIA JOSE LOPEZ CASTRO Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE HUMERO 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.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas..
Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

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:	24.05.30
HORA:	17:46:04
PAGINA No:	1

Numero: 88994 Fecha Ex. 22/04/24 Hora 17:45
Nombre Paciente: 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER
Dirección: CALLE 1 C N 26 41 Telefono:3186446040 Edad:52 A Sexo:M
Medico: MARIA JOSE LOPEZ CASTRO Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE OMOPLATO DERECHO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE OMOPLATO DERECHO

***HALLAZGOS**

En la proyección presentada se observa la escapula u omoplato con solución de continuidad en sentido axial, completa, para el tercio superior del omoplato está en relación a evento traumático fracturario con desplazamiento de los cabos.
El resto de las corticales se muestran nítidas y lisas, las superficies articulares están respetadas.
La mineralización ósea es homogénea satisfactoria para la edad.
Los tejido blandos perilesionales edematosos.

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:	24.05.30
HORA:	17:50:32
PAGINA No:	1

Numero: 88999 Fecha Ex. 22/04/24 Hora 09:29
Nombre Paciente: 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER
Dirección: CALLE 1 C N 26 41 Telefono:3186446040 Edad:52 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE HOMBRO DERECHO 3D Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE HOMBRO DERECHO 3D

*HALLAZGOS

Cortes en sentido axial secuenciales de 2mm cada 2mm sobre el hombro en referencia se presentan imágenes en ventana ósea ventana de partes blandas. Imágenes reconstructivas biplanares en ventana ósea. Imágenes reconstructivas tridimensional.

HALLAZGOS:

Hay solución de continuidad en sentido axial, completa, en el tercio superior del omoplato, está en relación a compromiso traumático fracturario con desplazamiento de los cavos.
El resto de las corticales se muestran nítidas y lisas, las superficies articulares están respetadas.
La mineralización ósea es homogénea satisfactoria.
No hay imágenes líticas ni blásticas.
El tejido blando perilesional edematoso.
Las imágenes reconstructivas biplanares y la reconstrucción tridimensional no agregan elementos a lo ya referenciado; por consiguiente se conceptúa compromiso traumático fracturario en sentido axial, completa, en el tercio superior del omoplato con desplazamiento.

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:	24.05.31
HORA:	08:17:25
PAGINA No:	1

Numero: 89001 Fecha Ex. 22/04/24 Hora 17:37
Nombre Paciente: 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER
Dirección: CALLE 1 C N 26 41 Telefono:3186446040 Edad:52 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC CEREBRAL SIMPLE

***HALLAZGOS**

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se desviación importante del puente del septum nasal hacia la izquierda de la línea media.
Edema de tejidos blandos del cuero cabelludo de la región parietoccipital derecha.
No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.
En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.
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.
Se anota ligera ampliación del espacio subaracnoideo cortical bifrontal.
Pequeña calcificación ganglio basal izquierda para correlacionar y controlar.
Artefacto hiperdenso focalizado hacia el aspecto medial del hemisferio cerebral derecho.

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:	24.05.30
HORA:	17:53:04
PAGINA No:	1

Numero: 89002 Fecha Ex. 22/04/24 Hora 17:52
Nombre Paciente: 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER
Dirección: CALLE 1 C N 26 41 Telefono:3186446040 Edad:52 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: 1 .C DE TORAX Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el tórax en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el opérculo torácico hasta planos inferiores de las hemidiafragmas.

HALLAZGOS:

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido oseo se observa una conformación de alteración de la densidad ósea sospechosa de fractura del arco posterior del 1°arco costal derecho.
En la proyección digital inicial se observa elevación del hemidiafragma derecho.
A nivel del tejido pulmonar se observa foco de infiltrado intersticial reticulo nodular hacia el aspecto anterior del lóbulo frontal derecho área subpleural para correlacionar y controlar.
También se advierten pequeños engrosamientos pleurales bilaterales e igualmente pequeño derrame pleural basal posterior derecho.
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.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 22/04/24

Señores

Equidad

Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Jose Bravo identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 7686867, 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 22/04/24 a través de SOAT ☑, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente		Acudiente o Representante	
Jose Javier Bravo	HUELLA		HUELLA
Firma		Firma	
Nombre:		Nombre:	
c.c.		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

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No 09

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTE

INFORMACION DEL PRESTADOR

FECHA Y HORA 21/04/2024 10:50:52 p. m.

Nombre: ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE NIT: 891180039 DV: 0

Cedigo: 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

BRAVO	PUENTES	JOSE	JAVIER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo de documento de identificacion: Cédula_Ciudadanía Numero del documento de Identificación: 7688867

Fecha de Nacimiento: 13/09/1971 Edad: 52 Años / 7 Meses / 8 Días

Direccion de residencia habitual: CALLE 1 c # 26-41 Telefono: 00

Departamento: HUILA 41 Municipio: NEIVA 001

Entidad Responsable del Pago: LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT Nivel: OTROS CODIGO AT1429

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

BRAVO	PUENTES	JOSE	JAVIER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Direccion de residencia habitual: CALLE 1 C No 26-41 NEIVA Telefono: NO

Tipo de documento de identificacion: Cédula_Ciudadanía Numero del documento de Identificación: 7688867

Municipio del Responsable 41001

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: CARLOS EDUARDO SANDINO POLANIA Telefono: 8 - 8380030

Servicio que solicita la Referencia: URGENCIAS - OBSERVACION Celular: 3178934013

Servicioparа el cual se solicita la Referencia: Urgencias

ANAMNESIS

LICENCIADO A: [HOSPITAL EL ROSARIO DE CAMPOALEGRE] NIT [891180039-0]

Motivo Consulta: Motivo de Consulta:
ACCIDENTE DE TRANSITO

Evolucion Médica:
PACIEWNTE QUE SE DESPLAZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA MARCA AKT DE PLACAS UUT25F POR LA RUTA 45 EN LA VIA HOPBO CAMPOALEGRE FRENTE AL SENA LA ANGOSTURA SUIFRIENDO ACCIDENTE DE TRANSITO AL ATRAVEZARSE UN PERRO EN LA VIA , CAIDA CON POLITRAUMATISMO SIN PERDIDA DE CONCIENCIA.

PACIENTE QUE SE DESPLAZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA MARCA AKT DE PLACAS UUT25F POR LA RUTA 45 EN LA VIA HOBO CAMPOALEGRE FRENTE AL SENA LA ANGOSTURA SUIFRIENDO ACCIDENTE DE TRANSITO AL ATRAVEZARSE UN PERRO EN LA VIA , CAIDA CON POLITRAUMATISMO SIN PERDIDA DE CONCIENCIA. REFIERE DOLOR INTENSO EN HOMBRO DERECHO.

EXAMEM FISICO:
TA 150/85, FC 75 X MINUTO, FR 20 X MINUTO, T 36 GRADOS C, SATO2 96 %, PESO 80 KILOS, TALLA 178 CM
ALGICO, MUCOSAS HUMEDAS. LACERACION SUPERFICIAL EN CUERO CABELLUDO PARIETAL DERECHO, NO CREPITACIONES NI HUNDIMIENTOS DE TABAL OSEA. PINR, OCULAR NORMAL. ORL NORMAL. CUELLO SIMETRICO SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS. TORX SIMETRICO Y RESONANTE SIN LESIONES, RSCSRS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS ACP. ABDOMEN BLANDO RSIS++, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. HERIDAS POR LACERACIONES MULTIPLES EN HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y DORSO DE LA MANO DERECHA.
DOLOR, EDEMA E INCAPACIDAD FUNCIONAL DEL HOMBRO Y BRAZO DERECHO. NEUROVASCULAR CONSERVADO. HERIDA CORTANTE DE TRES CM EN CODO DERECHO QUE COMPROMETE PIEL Y TEJIDO CELUAR SUBCUTANEO. NEUROLOGICO SIN DEFICIT.

RX DEL HOMBRO DERECHO EVIDENCIA FRACTURA DESPLAZADA DEL CUELLO DE LA ESCAPULA DERECHA.

Enfermedad Actual:
Antecedentes:

Examen Fisico: Examen Fisico:
ALGICO, MUCOSAS HUMEDAS.

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 | Peso: 0

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:** NA

MOTIVO DE REMISION

Motivo Remisión: Falta_Cama_IPS_Remite
Descripción Motivo: VALORACION POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Nombre IPS:
Nivel:
Municipio:
Departamento :
Servicio que Remite: URGENCIAS - OBSERVACION
Servicio Remitido: Urgencias
Resumen H.Clínica:
Fecha Confirmación:
Fecha Salida:

IMPRESION DIAGNÓSTICA

CODIGO	NOMBRE

S010	HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
S421	FRACTURA DEL OMOPLATO
S490	TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
S510	HERIDA DEL CODO
T012	HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES)
V299	MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Carlos E. Sandino P.
Medico y Cirujano
R.M. 684 / 01

C.C. 19486519 - CARLOS EDUARDO SANDINO POLANIA
Registro Medico: 584 - MEDICINA GENERAL

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	7688867				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	JOSE JAVIER BRAVO PUENTES		Identificación:	7688867	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	13/septiembre/1971 Edad: 52 Años - 7 Meses - 8 Días		Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	CALLE 1 c # 26-41		Teléfono:		
Procedencia:	NEIVA		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 1		(Fecha: 21/04/2024 09:30 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	795126 Fecha:	21/04/2024 8:56:27 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI REINGRESO DE PACIENTE NO

INICIO DE ATENCION 21/04/2024 09:10 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

PACIEWNTE QUE SE DESPLAZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA MARCA AKT DE PLACAS UUT25F POR LA RUTA 45 EN LA VIA HOPBO CAMPOALEGRE FRENTE AL SENA LA ANGOSTURA SUIFRIENDO ACCIDENTE DE TRANSITO AL ATRAVEZARSE UN PERRO EN LA VIA , CAIDA CON POLITRAUMATISMO SIN PERDIDA DE CONCIENCIA.

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

NA

Otros Sistemas

NO REFIERE

Signos Vitales

Sistólica	160,00 mmHg	Diastólica	88,0000	FC	78,00 L'm	FR	18,00 R'm
Temperatura	36,00 °C	Talla	178,00 m	IMC	25,25 Kg/m2	Glasgow	15,00 /15
SaO2	96 %	Peso	80,00 kg	Dextrometer			

DESCRIPCIÓN EXÁMEN FISICO

Aspectos Generales	ALGICO, MUCOSAS HUMEDAS.	
Cabeza y cuello	NORMAL	LACETACION SUPERFICIAL EN CUERO CABELLUDO PARIETAL DERECHO, NO CREPITACIONES NI HUNHDIIENTOS DE TABAL OSEA.
Ojos	NORMAL	
Otorrinolarigología	NORMAL	
Cardiovascular	NORMAL	RSCSRS SIN SOPLOS
Pulmonar	NORMAL	PULMONES NORMOVENTILADOS ACP
Abdomen	NORMAL	ABDOMEN BLANDO, RSIS++, NO DOLOROSO SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS
Tacto vaginal	NO APLICA	
Genitourinario	NORMAL	
Osteomuscular	NORMAL	

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	7688867				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	JOSE JAVIER BRAVO PUENTES		Identificación:	7688867	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	13/septiembre/1971 Edad: 52 Años - 7 Meses - 8 Días		Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	CALLE 1 c # 26-41		Teléfono:		
Procedencia:	NEIVA		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° 1		(Fecha: 21/04/2024 09:30 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	795126 Fecha:	21/04/2024 8:56:27 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI REINGRESO DE PACIENTE NO

INICIO DE ATENCION 21/04/2024 09:10 p. m.)

Extremidades	ANORMAL	HERIDAS POR LACERACIONES MULTIPLES EN HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y DORSO DE LA MANO DERECHA. DOLOR, EDEMA E INCAPACIDAD FUNCIONAL DEL HOMBRO Y BRAZO DERECHO. NEUROVASCULAR CONSERVADO. HERIDA CORTANTE DE TRES CM EN CODO DERECHO QUE COMPROMETE PIEL Y TEJIDO CELUAR SUBCUTANEO.
Piel	NORMAL	
Neurológico	NORMAL	SIN DEFICIT NEUROLOGICO
Tacto rectal	NO EXPLORADO	

Plan

PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON CAIDA Y TRAUMATISMO EN HOMBRO Y BERAZO DERECHO. LACERACIONES MULTIPLES EM MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. HERIDA CORTANTE EN COSDO DERECHO.

DICLOFENAC 75 MG IM
TRAMADOL 50 SCV
CURACION DE HERIDAS
LAVADO YN SUTURA DE HERIDA EN CODO DERECHO
SE ORDENA RX DEL HOMBRO DERECHO

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S499	TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	True	DERECHO
S510	HERIDA DEL CODO	False	DERECHO
T012	HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES)	False	LACERACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
S010	HERIDA DEL CUERO CABELLUDO	False	LACERACION EN CUERO CABELLUDO
V299	MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	False	.

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Médicos	NO REFIERE

MEDICAMENTOS

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
M01AB0505	DICLOFENACO AMPOLLA X75MG	1	IM
N02AX02	TRAMADOL X 50 MG	1	SC
IDM000130	JERINGA 10 CC	2	.

EXAMENES

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
39305	MATERIALES DE CURACION Y SUTURA	1	HX EN CODO DERECHO
39201	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	1	HX EN CODO DERECHO
873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	1	HOMBRO DERECHO

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	Condiciones	Requiere Cama

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	7688867				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	JOSE JAVIER BRAVO PUENTES		Identificación:	7688867	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	13/septiembre/1971 Edad:	52 Años - 7 Meses - 8 Días	Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	CALLE 1 c # 26-41		Teléfono:		
Procedencia:	NEIVA		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° 1		(Fecha: 21/04/2024 09:30 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	795126 Fecha:	21/04/2024 8:56:27 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI REINGRESO DE PACIENTE NO

INICIO DE ATENCION 21/04/2024 09:10 p. m.)

Urgencias_Observacion

PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON CAIDA Y TRAUMATISMO EN HOMBRO Y BERAZO DERECHO. LACERACIONES MULTIPLES EM MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, HERIDA CORTANTE EN COSDO DERECHO.

DICLOFENAC 75 MG IM
TRAMADOL 50 SCV
CURACION DE HERIDAS
LAVADO YN SUTURA DE HERIDA EN CODO DERECHO
SE ORDENA RX DEL HOMBRO DERECHO

Carlos E. Sandino P.
Médico y Cirujano
R.M. 584/01

Sandino

Medico: CARLOS EDUARDO SANDINO POLANIA
No. Documento: 19486519
Tarjeta Profesional: 584

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031521216

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
UUT25F	AKT	AK125NKD EIII	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMIUE048498	N	9F2D51257N5013228

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2D51257N5013228	N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN
BRAVO MARROQUIN MICHAEL ANDRES — C.C. 1077225710

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	RUNDAJE	POTENCIA HP
	******	10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VR	FECHA IMPORT.	PUERTAS
9202021000083977		18/06/2021	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
25/06/2021	09/04/2024	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT07003090720

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 7.688.867

BRAVO PUENTES

JOSE JAVIER

COL — 1.74 — O+

13 SEPT 1971

NEIVA (HUILA)

11 DIC 1989, NEIVA

31 OCT 2032

00863899

REGISTRADURÍA NACIONAL del Estado Civil

ICCOL00863899741900 1<<<<<<<<<<
7109131M3210318COL7688867<<<<1
BRAVO<PUENTES<<JOSE<JAVIER<<<<

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:	**UUT25F**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10031521216**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125NKD EIII**
MODELO:	**2022**	COLOR:	**NEGRO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMIUE048498**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D51257N5013228**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D51257N5013228**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**25/06/2021**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8121304200	05/03/2024	06/03/2024	05/03/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8099053100	03/01/2023	04/01/2023	03/01/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 18/11/2024

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-FEC1-64262 fechada el dia 24.09.23 cuyo paciente es BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

HISTORIA No. 7688867

GLOSA No: ZGL-1-49032 **SINIESTRO:** 64262

Recibido:
21 de Noviembre del 2024
20314474
equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39140- INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	35800.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	35800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA CÓD. 39132 PORQUE EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA COD.39140 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39305- MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	95500.00	

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: 18/11/2024

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-FEC1-64262 fechada el dia 24.09.23 cuyo paciente es BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

HISTORIA No. 7688867

GLOSA No: ZGL-1-49032 **SINIESTRO:** 64262

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39140- INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 35800.00

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 35800.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA CÓD. 39132 PORQUE EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA COD.39140 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39305- MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 95500.00

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	95500.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZO UNA INMOVILIZACION (CODIGO 37206 INMOVILIZACION DE MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR), LA CUAL CORRESPONDE A UN PROCEDIMIENTO DEL CAPITULO IV. SE SUGIERE REVIZAR EL DEC 2423/96 ART 55 PARAGRAFO 2. QUE CITA: EN LOS PROCEDIMIENTOS INCRUENTOS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 52 DE ESTE DECRETO POR CONCEPTO DE MATERIAL DE SUTURA Y CURACIÓN, DROGAS, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS, CUALESQUIERA SEA EL GRUPO EN EL QUE ESTÉ CLASIFICADO, O SU TARIFA, CUANDO SE TRATE DE UN PROCEDIMIENTO DEL CAPÍTULO IV, SE RECONOCERÁ: EL CODIGO 39305. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> 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 DOLOR A LA PALPACION EN REJA COSTAL DERECHA. 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. POR LO TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 4: SO1-39202- DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	29300.00	

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

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	29300.00	

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 CON EL 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. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 5: S01-39221- DERECHOS DE SALA DE YESOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	95500.00	

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	95500.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA INMOVILIZACION PARA EL CUAL APLICA EL DEC. 2423/96 ART 53: EL CUAL CITA: Por derechos de sala de yesos, en los procedimientos ortopédicos, que se practiquen en sala dotada para tal fin, se pagarán las siguientes tarifas: CODIGO 39221 Derechos de sala de yesos. CABE ANOTAR QUE LA INMOVILIZACION, ES UN PROCEDIMIENTO ORTOPEDICO QUE SE DEBE CANCELAR INDEPENDIENTEMENTE DEL MATERIAL QUE SE UTILICE. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	4,452,131.00
VALOR GLOSADO :	975300.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	975300.00
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.	20308197	**No.**	195597	**Siniestro**	90745191	**No. Factura**	FEC164262

Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	21/04/2024	**Fecha aviso**	14/05/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**Póliza**	812130420	**Vigencia**	06/03/2024	**hast**	05/03/2025

Id tomador	55167845	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	7688867	**Nombre**	JOSE JAVIER BRAVO PUENTES
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	T149	**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	21712	TÓRAX	NO SE RECONOCE 21712 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	719,200	719,200	0
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS	NO SE RECONOCEN 39305 NO PERTINENTES SEGUN DESCRIPCION EN LA HC.	100%	95,500	95,500	0
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	NO SE RECONOCEN 39305 39202 39221 NO PERTINENTES SEGUN DESCRIPCION EN LA HC.	100%	29,300	29,300	0
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	NO SE RECONOCEN 39305 39202 39221 NO PERTINENTES SEGUN DESCRIPCION EN LA HC.	100%	95,500	95,500	0
2	39140	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	NO SE RECONOCE 39140 NO PERTINENTE SE HOMOLGOA A COD 39132 SEGUN HALLAZGOS CLINICOS.	100%	158,200	35,800	122,400
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	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	48,500	0	48,500
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	19749	NITRÓGENO UREICO		100%	16,500	0	16,500
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	49,900	0	49,900
3	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	271,200	0	271,200
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	690,900	0	690,900
1	21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES		100%	589,300	0	589,300
1	21722	RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:		100%	1,002,500	0	1,002,500
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	213,131	0	213,131
1	77702	INSUMOS			16,900	0	16,900

1001	Cobrado	4,452,131
1002	Obj. Parcial	975,300
1003	Liquidado	3,476,831

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 8 de 02 de 2025 a las 08:16:57 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164262

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
546ff875069ad2955f771c6d8625e869a3c29a99208de795f7f88
91c599d6b93339d6b9d1b47957dd735e6154a36d194

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4452131

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-23 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
7ed223a5df75de5c49437feed99cdccb2a6fe7ee70d7021f5b664
3cca403dbd1c530674f537a7fc54a83f8d9d4d0b36c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-23 10:02:16.000 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. FEC164262

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
546ff875069ad2955f771c6d8625e869a3c29a99208de795f7f88
91c599d6b93339d6b9d1b47957dd735e6154a36d194

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
d21121249b0ede0dfe38193d1ffd6c57c4baafaddeda2903a2e40
b420b85e4d2f1575cb8264736edc82d560d51efe37a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-23 10:09:16.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
83edd068b3cdbb384ed515fd5eff48545a1c0d59a50dd4fc2fc0a
6a621dc40a203ec7507c20c7986ec395090903a5e15

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 02:06:27.000 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

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:16:57 AM
Página: 3

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164262

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
546ff875069ad2955f771c6d8625e869a3c29a99208de795f7f88
91c599d6b93339d6b9d1b47957dd735e6154a36d194

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
634532a457183b32b1b0a6425a8841404ef0b83013ad3c98f90
cad4838e6b42bf788aa39e19d023ce0fea66acec62ff9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 02:06:49.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.09.23	10:02:48	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64263

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 178428,179091,179626

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% OESC	OTRO REGIMEN		2024.04.22 - 01:46	2024.05.15 - 09:33

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER — EDAD : 53 Años

DIRECCION: CALLE 1 C N 26 41 NEIVA — TELEFONO: 3186446040

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	22-Abr-2024	39005	1	07	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	371,300	371,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	22-Abr-2024	39105	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	218,900	218,900
39118	GRUPO 07	22-Abr-2024	39118	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	97,900	97,900
39209	GRUPO 07	22-Abr-2024	39209	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	697,000	697,000
39303	GRUPOS 07 08 09	22-Abr-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2i+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	22-Abr-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	22-Abr-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	22-Abr-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	22-Abr-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								9	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
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
	HUMIDIFICADOR OXIGENO								1	9,500	9,500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								210	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								210	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								15	0	0
20089724-19	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								30	0	0
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								30	0	0
OTROS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2024-12-[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: a64c004935710260be6c8986f3799ae555e067111ef00d5034b07a2a26466b9ab615e976f89b450bfe271f44b25f58a4

Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308198

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 ,2024.09.23	10:02:48	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64263

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 178428,179091,179626
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.04.22 - 01:46 2024.05.15 - 09:33

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER EDAD : 53 Años
DIRECCION: CALLE 1 C N 26 41 NEIVA TELEFONO: 3186446040
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	22-Abr-2024	39005	1	07	100.0%	1-CIRUJANO	HAP	1	371,300	371,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	22-Abr-2024	39105	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	218,900	218,900
39118	GRUPO 07	22-Abr-2024	39118	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	97,900	97,900
39209	GRUPO 07	22-Abr-2024	39209	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	697,000	697,000
39303	GRUPOS 07 08 09	22-Abr-2024	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	409,500	409,500
	2I+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	22-Abr-2024	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	HAP	1	181,400	181,400
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	22-Abr-2024	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	118,600	118,600
39207	GRUPO 05	22-Abr-2024	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	215,800	215,800
39302	GRUPOS 04 05 06	22-Abr-2024	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	132,400	132,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								9	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
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
068100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
	HUMIDIFICADOR OXIGENO								1	9,500	9,500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775-01	ISODINE SOLUCION								210	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								210	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
20089724-07	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								15	0	0
20089724-19	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								30	0	0
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								30	0	0
OTROS											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: a64c004935710260be6c8986f3799ae555e067111ef00d5034b07a2a26466b9ab615c97f6d99450bfe271f44b25f58a4

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

39

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.23	10:02:48	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64263

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.04.22	890202		HAP				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.04.22	890202		JHT				1	61,200	61,200
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.05.15	890302		FGR				1	71,500	71,500
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.05.04	S22101		EMF				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	2,780,522	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,780,522

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.23 10:03:37 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: a64c004935710260be6c8986f3799ae555e067111ef00d5034b07a2a26466b9ab615c97f6d99450bfe271f44b25f58a4

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

38

FACTURA:	64263
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,567,992
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 212,530
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64263

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
BRAVO	PUENTES
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JOSE	JAVIER

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ]

No. Documento: 7688867

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 13/09/1971 Sexo: F [ ] M [X] O [ ]

Direccion: CALLE 1 C N 26 41

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3186446040

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: VIA HOBO A CAMPOALEGRE

Fecha Evento/Accidente: 21/04/2024 Hora: 20:21

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Zona: U [ ] R [X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA UUT25F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ATRAVESARSE 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: AKT Placa: UUT25F

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 8121304200

Vigencia de la Poliza: Desde: 06/03/2024 Hasta: 05/03/2025

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
BRAVO	MARROQUIN
1er.Nombre	**2do.Nombre**
MICHAEL	ANDRES

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1077225710

Direccion: CALLE 1 C N 26 41

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3186446040 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
BRAVO	PUENTES
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JOSE	JAVIER

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 7688867

Direccion: CALLE 1 C N 26 41

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3186446040

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: 21/04/2024 a las 22:50

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: CARLOS EDUARDO SANDINO POLANIA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 21/04/2024 a las 23:05

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: MARIA JOSE LOPEZ CASTRO **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: 22/04/2024 **a las** 01:46

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso

Fecha de Egreso: 15/05/2024 **a las** 09:33

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Egreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
MARIA	JOSE
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	**2do.Nombre del Medico o Profesional tratante**
LOPEZ	CASTRO

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1047473447

Número de Registro de Medico 1047473447

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	2780522	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. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	53 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.04.22 — HORA DE INGRESO: 01:46
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.05.15 — HORA DE EGRESO: 09:33
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO1: S510 - HERIDA DEL CODO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.04.22-03:00:16 MEDICO: / (DR(A). MJL - MARIA JOSE LOPEZ CASTRO - C.C. 1047473447 - REG. MEDICO: 1047473447 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA UUT25F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ATRAVESARSE UN PERRO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORADO A LAS 01:47
PACIENTE REMITIDO DE I NIVEL COMPLEJIDAD CAMPOLAGRE QUIEN INGRESA POR ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 21/04/2024 CON POSTERIOR POLITRAUMATISMOS, RECIBE MANEJO INICIAL CON DICLOFENACO, TRAMADOL,, Y DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES ES REMITIDO PARA VALORACION Y MANEJO INTEGRAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO

** SIGNOS VITALES:
TA: 125 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36.8 TALLA: 175 PESO: 95 IMC: 31 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS REACTIVA A LA LUZ. MUCOSA HUMEDAS.
<<CUELLO>>
MOVIL NO MASAS, SIMETRICO.
<<TORAX>>
NORMOEXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES CLAROS SIN AGREGADOS, NO TIRAJES., LEVE DOLOR A LA PALPACION EN REJA COSTAL DERECHA.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRTACION PERITONEAL.
<<GENITOURINARIO>>
NO EXPLORADO, NIEGA TRAUMA A ESTE NIVEL.
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA LA PALPACION.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO LEVE DOLOR EN REGION INTRAESCAPULAR , MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, CON EDEMA LIMITACION FUNCIONAL,EN HOMBRO,BRAZO Y ESCAPULA DERECHA, A LA PALPACION. DEMAS ESTRAMIDADE SIN LESIONS, EXTREMIDADES EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2SEG, NEUROVASCULAR NORMAL.ANTECEDES DE AMPUTACION DE INDICE DERECHO
<<NEUROLOGICO>>
CONCIENTE ,ALERTA ORIENTADO GLASGOW 15/15 SIN DEFICTI MOTOR O SENSITIVO APARENTE, CEFALEA LEVE
<<PIEL>>
SE EVIDENCIAN ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN CADERA DERECHA, HOMBRO DERECHO, CODOS Y ANTEBRAZO DERECHO; HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO EN CODO DERECHO DE APROXIMADAMENTE 5 CM, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA,BUN, CREATININA, TP TPPT
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HUMERO DERECHO

RADIOGRAFIA DE OMOPLATO DERECHO

** PLAN DE MANEJO:

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

PLAN
- OBSERVACION
-DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- LIQUIDOS ENDOVENOSOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
-SS LABORATORIO PREQUIRURGICOS
- SS VALORACION POR ORTOPEDIA, CIRUGIA PLASTICA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 por Aplicacion6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 3 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.04.22-03:06:06 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: 03:02 / 03:10 DURACION: 00:08

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN HOMBRO DERECHO + ANTEBRAZO DERECHO + HERIDA SUTURADA EN CODO DERECHO + HERIDA EN CUERO CABELLUDO EN REGION TEMPORAL 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: 24.04.22-05:29:27 MEDICO: / (DR(A). MJL - MARIA JOSE LOPEZ CASTRO - C.C. 1047473447 - REG. MEDICO: 1047473447 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE DE ACCIDENTE DE TRANSITO , REMITIDO DE I NIVEL SECONFIRMA FRACTURA DE OMOPLATO DERECHO , EN LABORATORIO DE APRECIAA DENTRO DE LIMITES NORMALES,HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SE ORDENA CONTINUAR MANEJO MEDICOS ISNTAURADO.

IDX
FRACTURA DE ESCAPULA DERECHA
IGUALORDNES MEDICA
USO DE CABESTRILLO
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA 156 HTO43 LEU 15.66 BUN 16 CREATININA, 0.8TP14.30 TPPT29.70.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE HUMERO 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. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

RADIOGRAFIA DE OMOPLATO DERECHO: SE APRECIA TRAZO DE FRACTURA TRNASVERSO

*** FECHA: 24.04.22-07:54:22 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN HOMBRO DERECHO
AL EXAMEN FISICO: HOMBRO DERECHO EDEMA Y DOLOR INTENSO A MOVILIDAD DE HOMBRO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX IMAGEN COMPATIBLE CON FRACTURA DE ESCAPULA .
DX: FRACTURA DE ESCAPULA . DERECHA
PLAN: SS TAC HOMBRO DERECHO

*** FECHA: 24.04.22-07:57:19 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE HOMBRO DERECHO 3D ESCAPULA

*** FECHA: 24.04.22-08:42:52 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE HOMBRO DERECHO CON RECONSTRUCCION: CONFIRMA FRACTURA DE ESCAPULA LEVE DESPLAZAMIENTO.

*** FECHA: 24.04.22-08:44:14 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 08:40 / 08:50 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.04.22-08:44:29 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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 CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2"
PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.04.22-10:03:23 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 REFIERE PRESENTA AUMENTO DE CAFALEA A PESAR DE MANEJO ANALGESICO AHORA 10/10 PRESENTA 1 EPISODIO EMETICO ASOCIADO A MARO, SE DECIDE TOMA DE TAC CEREBRAL, SE AJUSTA MANEJO MEDICO Y SS VALORACION POR NERUOCIRUGIA, SE SUSPENDE TRAMADOL
PACIENTE QUIEN AQUEJA DOLOR INTENSO EN TORAX QUE HA IDO AUMENTANDO AHORA CON DOLOR EN HEMITORAX DERECHO, CON ALTERACION DE ADECUADA MECANICA VENTILATORIA, SS TAC DE TORAX Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE

TAC DE TORAX

** PLAN DE MANEJO:
SS VALORACION POR NEUROCIRUGIA.
SUSPENDER TRAMADOL
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV AHORA LENTO Y DILUIDO
SS TAC CEREBRAL AHORA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV LENTO Y DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 24.04.22-11:35:02 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
TAC DE OMBRO MUSTRA FRACTURA DE ESCAPULA QUE NO COMPROMETE LA CAVIDAD GLENOIDEA .
PLAN
SALIDA CON CABESTRILLO
ANALGESICOS INCAPACIDAD 30 DIAS
CONTROL CE EN 15 DIAS

*** FECHA: 24.04.22-11:58:40 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE LESIONES HEMORRAGICAS INTRAPARENQUIMATOSAS, NO DESVIACION DE LINEA MEDIA, VENTRICULOS LIBRES CISTERNAS AMPLIAS.
TAC DE TORAX: SE EVIDENCIA IMAGEN SUGESTIVA DE HEMOTORAX DERECHO, NO ES CLARA IMAGEN DE FRACTURA DE UNION CONDRO-ESTERNAL DE PRIMER Y 2DA COSTILLA DERECHA. AREA DE CONTUSION .

*** FECHA: 24.04.22-12:36:02 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:
** 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: 24.04.22-12:56:01 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA, DEBE REGRESAR A OBSERVACION POARA CONTINUAR VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACION POR NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA GENERAL. YA CUENTA CON ALTA POR ORTOEPDIA CON FRACTURA DE ESCAPULA DE MANEJO CONSERVADOR.

*** FECHA: 24.04.22-12:56:10 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: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.22-12:56:04 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.04.22-15:43:05 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: 110/80 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CABEZA: HERIDA TIPO LACERACION EN CUERO CABELLUDO REGION PARIETAL DERECHA, SIN SANGRADO ACTIVO, DE 1 CM.
PELVIS: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA DERECHA.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HOMBRO DERECHO (EXTENSO), CODOS Y ANTEBRAZO DERECHO. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO EN CODO DERECHO DE 5 CM, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES. MIEMBRO SUPERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** 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: 2024.04.22-13:30:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.04.22-15:43:47 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: 110/80 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CABEZA: HERIDA TIPO LACERACION EN CUERO CABELLUDO REGION PARIETAL DERECHA, SIN SANGRADO ACTIVO, DE 1 CM.
PELVIS: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA DERECHA.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HOMBRO DERECHO (EXTENSO), CODOS Y ANTEBRAZO DERECHO. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO EN CODO DERECHO DE 5 CM, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES. MIEMBRO SUPERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** 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: 24.04.22-15:50:59 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: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 13:30 / 14:00 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 18055
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 CADERA DERECHA.
EXTREMIDADES:
1.1 ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HOMBRO DERECHO (EXTENSO), CODOS Y

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

ANTEBRAZO DERECHO.
2. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO EN CODO DERECHO DE 5 CM, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.

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; RETIRO DE PUNTOS EN CODO DERECHO ENCONTRANDO SECCION DEL MUSCULO Y EXPOSICION OSEA.
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, MACERADOS E IRERGULARES, QUEDANDO LA HERIDA DE MAYOR TAMAÑO POR LO QUE NO SE PUEDE REALIZAR EL CIERRE DE LA HERIDA BORDE A BORDE.
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- POR VIA 2, SE REALIZA CONFECCION DE COLGAJO DE PIEL REGIONAL COMPUESTO PARA COBERTURA DEFECTO EN CODO DERECHO SUTURANDOSE EL PLANO MUSCULAR CON VICRYL Y POR PLANOS HASTA PIEL CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL Y PROLENE. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- SE REALIZA CURACION CON RIFOCINA EN HERIDA Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

***** FECHA: 24.04.22-16:21:17 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE INDICA ALTA POR CIRUGIA PLASTICA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR CIRUGIA GENERAL

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR CIRUGIA GENERAL
ALTA POR CIRUGIA PLASTICA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA
RECOMENDACIONES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG TAB.....20 TAB

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

TOMAR 1 CADA 8 HORAS

ACETAMINOFEN 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 6 HORAS

NAPROXENO 250 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

RECOMENDACIONES:
BAÑO NORMAL CON AGUA Y JABON
RETIRO DE PUNTOS EN CODO DERECHO EN 14 DIAS
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: Remitido a Observaci¢n SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.04.22-16:21:06 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.04.22-16:39:51 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 21/04/2024 QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN NINGUNA COMPLICACION,EN ELMOMENTO ESTABLE, AUNQUE ALGICO Y CON MAREO PERSISTENTE. SE INDICA A URGENCIAS PARA CONTINUAR MANEJO POR CIRUGIA GENERAL Y NEUROCIRUGIA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA FIEBRE NO VOMITO.

28

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 175 PESO: 95 IMC: 31 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
<<CUELLO>>
CUELLOMOVIL NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR.
<<TORAX>>
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NOSOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, DOLOR EN REJA COSTALDERECHA. NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR EN ESTE MOMENTO.
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR.
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES.
<<PELVIS>>
SIN LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO CON DOLOR EN REGION ESCAPULAR DERECHA, CON EXTREMIDADES SIMETRICAS PERO CON DOLOR, LIMTACION Y EDEMA EN HOMBRO,CODO Y ANTEBRAZO DERECHO,CON INMOVILZACION CON CABESTRILLO EN ESTE MOMENTO.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDAEN CUERO CABELLUDO Y EN REGION DELCODO DERECHO CON ADECUADA CURACION Y SUTURA. ABRASIONES MULTIPLESEN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON ADECUADA CURACION.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS ES LLEVADO A CIRUGIA POR CIRUGIA PLASTICA SIN COMPLICACIONES, YA VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DA MANEJO CONSERVADOR POR SU FRACTURA EN OMOPLATO, PENDIENTE CONTINUAR EN OBSERVACION PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL Y NEUROCIRUGIA. ,

PLAN
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- LEV A MANTENIMIENTO.
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL Y NEUROCIRUGIA.
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

2A

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 80 CCHORA., 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: 24.04.22-16:43:36 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA ************

PACIENTE QUIEN PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO, REFIERE NO HA TENIDO CEFALEA NO EMESIS.
AL EF
ALERTA OBEDECE ORDENES , G 15 PINRAL SIMETRIA FACIAL, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO DOLOR A LA PALPACION CERVICODORSOLUMBAR, INMOVILIZACION M SUPERIOR DERECHO ABRASIONES EN EXTREMIDADES

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA NO FRACTURAS DE LA BOVEDA CRANEAL, ARTIFICIO DE IMAGEN PUNTIFORME HIPERINTENSO EN TODAS LAS SECUENCIAS.

A. PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEANAS POR TRAUMA SIN HIPERTENSION ENDOCRANEANA QUE. REQUIERA MANEJO POR NEUROCIRUGIA, SE DA ALTA CON RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS EN TCE CLINICA DE FRACTURAS.

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.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

- 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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS EN TCE CLINICA DE FRACTURAS.

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).

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON NEUROCIRUGIA DRA CAMARGO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM

***** FECHA: 24.04.22-20:42:04 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
CIRUGIA GENERAL
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , SOLICITAN VALORACIO N POR TRAUMA DE TORAX:
ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 115/70 MMHG, FC:66 X MIN, FR: 16 X MIN, SATURACION: 99%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL ANTERIOR DERECHA, 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 , ABRASION EN HOMBRO DERECHO, BRAZO DERECHO INMOVILIZADO
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

TAC DE TORAX, SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, FRACTURA A NIVEL DE PRIMERA COSTILLA DERECHA, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES, CONTUSION PULMONAR MINIMA DERECHA.

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX
FRACTURA DE OMOPLATO DERECHO
FRACTURA DE PRIMER COSTILLA DERECHA.

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SIN HEMOTORAX, SIN NEUMOTORAX. , SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA DE CIRUGI GENERAL EN 15 DIAS CON RADIOGRAFIA DE TORAX DE CONTROL
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

***** FECHA: 24.04.22-23:12:20 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. REFIERE MAREO PERSISTENTE CON TA: 120/70 FR: 18 T: 36.5, P: 81 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE CON NAUSEAS Y MAREOL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO YA CON EGERSO POR ESPECIALSITAS PERO ANTE PERSISTENCIA DE MAREO Y NAUSEAS SE AJUSTA MANEJO Y SE CONTINUA EN OBSERVACCION, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE 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

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 80 CCHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 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 UNICA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

SUSPENDER METOCLOPRAMIDA
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 24.04.23-08:05:26 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA MANEJO INICIAL, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE FRCATURA OMOPLATO Y PRIMERA COSTILLA DERECHA ES VALORADO POR CIRUGIA GENERAL, NEUROCIRUGÍA, Y TRAUMATOLOGÍA QUIEN DESCARTA MANEJO QUIRURGICO, MANEJADO POR CIRUGIA PLASTICA QUINES INDICA MANEJO MÉDICO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO. YA CON MEJORIA DEL VOMITO Y NAUSEAS. 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: 97% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. ORDEN DE SEGUIMIENTO, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** OTROS:

SOLICITAR CONTROL AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON CIRUGIA GENERAL, CON DOCTOR: MADURO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

SOLICITAR CONTROL AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON NEUROCIRUGIA, CON DOCTOR: CAMARGO.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SS RADIOGRAFIA DE TORAX TOMAR EN 15 DIAS PREVIO CONTROL CON CIRUGIA GENERAL

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 11.
1) CURACIÓN Y MANEJO DE HERIDAS SEGUN INDICACION DE CIRUGIA PLASTICA
2) EN ÁREAS DE CONTUSIÓN SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCIÓN, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACIÓN, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO.
4) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
6) NO MOJAR INMOVILIZACIÓN,
7) RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EXTERNOS EN TCE CLINICA DE FRACTURAS.

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.

22

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

- 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).
- HEMORRAGIA 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 PRIVACION DE SUEÑO
- NO CONDUCIR MOTO MÍNIMO POR 15 DÍAS

8) DORMIR EN POSICION SEMISENTADA, EL DOLOR AUMENTARA EN LAS PRIMERAS 72 HORAS POSTERIOR AL ACCIDENTE, NO CARGAR PESO, NO CONVIVIR CON PERSONAS CON GRIPE, LE DOLERA: SI TOSE, SI REALIZA EJERCICIO INTENSO, NO REALIZAR LABORES DOMESTICAS QUE INCLUYAN MOVIMIENTO EXCESIVOS.
9) RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO, VOMITO O FIEBRE ,DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
10) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
11) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 40, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 10 DÍAS.
, DURACION TRATAM: 10, VIA: ORAL
CEFALEXINA 500 MG , CANT: 36, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 9 DÍAS.
, DURACION TRATAM: 9, VIA: ORAL
PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.
, DURACION TRATAM: 7, 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: 24.04.23-08:06:08 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: 2024.04.23-08:05:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

21

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

** DE LA IDENTI FICACION **

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

*** FECHA: 24.05.04-09:34:13 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: 09:06 / 09:16 DURACION: 00:09

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: EDNA MILENA FALLA MOTTA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

09:06 HRS//USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 52 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DEDERMOABRASION AREA GENERAL +COLGAJO DE PIEL REGIONAL CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 8 CM APROXIMADAMENTE EN CODO 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

09:16 HRS// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

*** FECHA: 24.05.15-09:14:34 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 CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR FRACTURA DE ESCAPULA DERECHA CON LEVE DESPLAZAMIENTO.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUEIN SUFRIO ACCIDENTE D ETRANSITO EL DIA 21 DE ABRIL DEL 2024, REMITIDO DE CAMPOALEGRE-HUILA CON FRACTURA DE ESCAPULA DERECHA CON LEVE DESPLAZAMIENTO. EVIDENCIADA EN RX INCIAL Y CONFIMRADA POR TAC

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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 : AUN DOLOR A PALPACION DE ESCAPULA DERECHA Y A MOVILIDAD DE HOMBRO DERECHO
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 CONSOLDIACION DE LA FRACTURA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

PRACTICAR EN 15 DIAS
RX DE ESCAPULA DERECHA AP-TANGENCIAL

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
SE SOLICITA RX EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR CONSOLDIACION DE LA FRACTURA

***** FECHA: 24.05.15-09:33:46 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 CONSOLDIACION DE LA FRACTURA
INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.05.15-09:33:46 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2024.05.22 FIN: 2024.06.20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 63685

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

DOC.IDENT:	CC 7688867	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 1 C N 26 41		
FCHA.NACTO:	1971.09.13	EDAD:	52 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3186446040
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S421 - FRACTURA DEL OMOPLATO		
RELACIONADO 1: S510 - HERIDA DEL CODO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.593
R.M. No. 24462-93

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18055

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -178428 Fecha 22/04/24

Nombre Paciente: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER 7688867 Edad: 52 Sexo: M

Hora inicio 13:30 Hora fin: 14:00 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HAP- HAROL ALBERTO PERDOMO Ayudante: SAP- SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN EXTREMIDADES.	1. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN EXTREMIDADES.
2. S510-HERIDA DEL CODO	2. S510-HERIDA DEL CODO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	HAP	1 - 1i Interv 100%
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	HAP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:
PELVIS:
1. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA DERECHA.
EXTREMIDADES:
1.1 ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HOMBRO DERECHO (EXTENSO), CODOS Y ANTEBRAZO DERECHO.
2. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO EN CODO DERECHO DE 5 CM, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES.

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; RETIRO DE PUNTOS EN CODO DERECHO ENCONTRANDO SECCION DEL MUSCULO Y EXPOSICION OSEA.
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, MACERADOS E IRERGULARES, QUEDANDO LA HERIDA DE MAYOR TAMAÑO POR LO QUE NO SE PUEDE REALIZAR EL CIERRE DE LA HERIDA BORDE A BORDE.
- POR VIA 1, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- POR VIA 2, SE REALIZA CONFECCION DE COLGAJO DE PIEL REGIONAL COMPUESTO PARA COBERTURA DEFECTO EN CODO DERECHO SUTURANDOSE EL PLANO MUSCULAR CON VICRYL Y POR PLANOS HASTA PIEL CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL Y PROLENE. SE DEJA AREA QUIRURGICA EXPUESTA.
- SE REALIZA CURACION CON RIFOCINA EN HERIDA Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

Pag 1

Anatom¥a Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Diaz
Cirugía Plástica

17

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18055

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -178428 Fecha 22/04/24

Nombre Paciente: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER 7688867 Edad: 52 Sexo: M

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

NO

Rayos X Intraoperatorios

NO

Intensificador de Imagen

NO

Dr. Harol Alberto Perdomo Díaz
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
C.C. 7.708.263 De Neiva

CIRUJANO

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

7688867

ADMISION N_: 178428

NOMBRE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER **Num. Id-:** CC 7688867

FECHA NACIMIENTO: 1971.09.13 **EDAD:** 52 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2024.04.22 **HORA DE INGRESO:** 15:43:05 **Fecha/Hora de registro:** 2024.04.22 15:43

DIRECCION: CALLE 1 C N 26 41 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3186446040

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.04.22

<< REGISTRO: 15:43:05 >> (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

--><<2024.04.22-03:00:16>>, (DR(A). MJL - MARIA JOSE LOPEZ CASTRO - C.C. 1047473447 - REG. MEDICO: 1047473447 - MEDICINA GENERAL) H.U. 178386

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *NIEGA

--><<2024.04.22-15:43:05>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 178428

AMPUTACION PARCIAL SEGUNDO DEDO MANO DERECHA

--><<2024.04.22-16:39:51>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 178449

* Patologicos: Niega * Traumaticos: ANTECEDENTE DE AMPUTACION PARCIAL SEGUNDO DEDO MANO DERECHA* Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *NIEGA

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 110/80 **FC:** 78 **FR:** 16 **Tmp:** 36 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CABEZA: HERIDA TIPO LACERACION EN CUERO CABELLUDO REGION PARIETAL DERECHA, SIN SANGRADO ACTIVO, DE 1 CM.
PELVIS: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN CADERA DERECHA.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN HOMBRO DERECHO (EXTENSO), CODOS Y ANTEBRAZO DERECHO. HERIDA SUTURADA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO EN CODO DERECHO DE 5 CM, CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES. MIEMBRO SUPERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

7688867

ADMISION N_: 178428

NOMBRE: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER **Num. Id-:** CC 7688867
FECHA NACIMIENTO: 1971.09.13 **EDAD:** 52 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.04.22 **HORA DE INGRESO:** 15:43:05 **Fecha/Hora de registro:** 2024.04.22 15:43
DIRECCION: CALLE 1 C N 26 41 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3186446040
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

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: 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: 2024.04.22-13:30:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA
FECHA DE EGRESO: 2024.04.22 **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:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE Jose Jorge Bravo Pinto EDAD 52 A SEXO: F ☐ M ☐

IDENTIFICACION: C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 7688867 DE

FECHA DE ATENCION: 22-04-24

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA

CIRUGIA A REALIZAR: Debridamiento + sutura de tejidos blandos + Coberturas con injerto

ANTECEDENTES: QX: ☐ PX: ☐ FA: ☐ TX: ☐ AN: ☐

ESPECIFIQUE apendicectomia hace cuatro años

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hcto PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA EAO EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: 133/71 Fc 84 Fr 22 PESO 91 KG TALLA CM

SENSORIO Normal COMPLEXION Grueso PROTESIS NO LENTES NO

APERTURA ORAL >4 DISTANCIA MENTOGLOTICA >7 MALLAMPATI II

	SI	NO	OBSERVACIONES
NORMAL			
CABEZA/CUELLO:			Herida de bordes irregulares en codo y antebrazo derecho
TORAX: RsCS			
RsRS			
ABDOMEN:			Abdomen en hombro hacia antebrazo
PELVIS:			Derecho, cerdos y radial y ulnar
GENITALES:			y mano derecha
EXTREMIDADES:			Abastrado en MSD por fuerza de tracción.
NEUROLOGICO:			

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: II CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. Bajo INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES: Normotenso Glicemia - cuadro

OTROS LABORATORIOS:

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO

R.M.

PACIENTE

C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Bravo	Prieto	Jose Jairo	76886

FECHA	EDAD	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
22 04 24	52 A	M F	178	95	1 (2) 3 4 5 U
Día Mes Año Hora	Años Meses Días				

SERVICIO: Ue | 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: Ulcera a cielo [illegible]

OPERACION PROPUESTA [illegible]

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

NO NO Apendice

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA — DIENTES — CUELLO

IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
✓	GENERAL

RESUMEN Y PLAN

ESTADO PSICOLOGO Tranquilo

RESERVA SANGRE: 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

HEMORRAGIA Nasal

REFLEJOS Normal

MOTILIDAD Normal

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL rojo Normal

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sala de recuperacion bajo anestesia general Sin complicaciones

HORA												
	1330											

TOTALES			
1	2	3	
4	5	6	
7	8	9	
10	11	12	

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejoria

FIRMA

EFECTOS PREMEDICACION:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

O.P. ⬭ B ⬭ R ⬭ M ⬭

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

REPARACION

CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No ____ ▽
I NT No ____
E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO ●

RESPIRACION ○

T.A. XX

INDUCCION ⊘

INICIACION Y FINALIZACION ◉

NEONATO MASC FEM. & a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE ▬

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 - DROGAS

MORA

AGENTES

1
2
3
4
5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1 2 3 4
5 6 7 8
9 10 11 12
13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-May-2024 15:52:0

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:** 2024.04.2	01:46
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	52 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER	1 NIVEL I		NEIVA	CALLE 1 C N 26 41	3186446040

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.04.22	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2024.04.22	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	30.00
2024.04.22	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	4.00
2024.04.22	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	MVT	10.00
2024.04.22	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	30.00
2024.04.22	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	10.00
2024.04.22	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	MVT	2.00
2024.04.22	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	4.00
2024.04.22	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2024.04.22	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	MVT	1.00
2024.04.22	ZMQ	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR OXIGENO	MVT	1.00
2024.04.22	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	MVT	1.00
2024.04.22	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	MVT	1.00
2024.04.22	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	MVT	1.00
2024.04.22	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	200.00
2024.04.22	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	200.00
2024.04.22	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2024.04.22	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2024.04.22	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2024.04.22	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	3.00
2024.04.22	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	MVT	1.00
2024.04.22	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2024.04.22	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2024.04.22	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2024.04.22	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 179091

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -179091 **Fecha** 2024/05/4

Nombre Paciente: BRAVO PUENTES JOSE JAVIER - 7688867 **Edad:** 52 **Sexo:** M

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
5. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	EMF	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 09:06 HRS//USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 52 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DEDERMOABRASION AREA GENERAL +COLGAJO DE PIEL REGIONAL CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 8 CM APROXIMADAMENTE EN CODO 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

09:16 HRS// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Edna Milena Falla
QUIEN REALIZA

Jose Bravo
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-May-2024 15:53:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		ANEXO1	**VIA INGRESO** AMBULATORIA	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 43 CURACIONES	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	ANEXO2:	**Fecha Ingreso:** 2024.05.0	09:06
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	52 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
7688867 BRAVO PUENTES JOSE JAVIER	1 NIVEL I		NEIVA	CALLE 1 C N 26 41	3186446040

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.05.04	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	EMF	10.00
2024.05.04	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	EMF	10.00
2024.05.04	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	EMF	6.00
2024.05.04	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	EMF	2.00
2024.05.04	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	EMF	1.00
2024.05.04	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	EMF	1.00

9

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No 09

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTE

INFORMACION DEL PRESTADOR

FECHA Y HORA 21/04/2024 10:50:52 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

BRAVO	PUENTES	JOSE	JAVIER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo de documento de identificacion: Cédula_Ciudadanía Numero del documento de Identificación: 7688867

Fecha de Nacimiento: 13/09/1971 Edad: 52 Años / 7 Meses / 8 Dias

Direccion de residencia habitual: CALLE 1 e # 26-41 Telefono: 00

Departamento: HUILA 41 Municipio: NEIVA 001

Entidad Responsable del Pago: LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT Nivel: OTROS CODIGO AT1429

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

BRAVO	PUENTES	JOSE	JAVIER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Direccion de residencia habitual: CALLE 1 C No 26-41 NEIVA Telefono: NO

Tipo de documento de identificacion: Cédula_Ciudadanía Numero del documento de Identificación: 7688867

Municipio del Responsable 41001

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: CARLOS EDUARDO SANDINO POLANIA Telefono: 8 - 8380030

Servicio que solicita la Referencia: URGENCIAS - OBSERVACION Celular: 3178934013

Serviciopara el cual se solicita la Referencia: Urgencias

ANAMNESIS

Motivo Consulta: Motivo de Consulta:
ACCIDENTE DE TRANSITO

Evolucion Médica:
PACIEWNTE QUE SE DESPLAZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA MARCA AKT DE PLACAS UUT25F POR LA RUTA 45 EN LA VIA HOPBO CAMPOALEGRE FRENTE AL SENA LA ANGOSTURA SUIFRIENDO ACCIDENTE DE TRANSITO AL ATRAVEZARSE UN PERRO EN LA VIA , CAIDA CON POLITRAUMATISMO SIN PERDIDA DE CONCIENCIA.

PACIENTE QUE SE DESPLAZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA MARCA AKT DE PLACAS UUT25F POR LA RUTA 45 EN LA VIA HOBO CAMPOALEGRE FRENTE AL SENA LA ANGOSTURA SUIFRIENDO ACCIDENTE DE TRANSITO AL ATRAVEZARSE UN PERRO EN LA VIA , CAIDA CON POLITRAUMATISMO SIN PERDIDA DE CONCIENCIA. REFIERE DOLOR INTENSO EN HOMBRO DERECHO.

EXAMEM FISICO:
TA 150/85, FC 75 X MINUTO, FR 20 X MINUTO, T 36 GRADOS C, SATO2 96 %, PESO 80 KILOS, TALLA 178 CM
ALGICO, MUCOSAS HUMEDAS. LACERACION SUPERFICIAL EN CUERO CABELLUDO PARIETAL DERECHO, NO CREPITACIONES NI HUNDIMIENTOS DE TABAL OSEA. PINR, OCULAR NORMAL. ORL NORMAL. CUELLO SIMETRICO SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS. TORX SIMETRICO Y RESONANTE SIN LESIONES, RSCSRS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS ACP. ABDOMEN BLANDO RSIS++, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. HERIDAS POR LACERACIONES MULTIPLES EN HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y DORSO DE LA MANO DERECHA.
DOLOR, EDEMA E INCAPACIDAD FUNCIONAL DEL HOMBRO Y BRAZO DERECHO. NEUROVASCULAR CONSERVADO. HERIDA CORTANTE DE TRES CM EN CODO DERECHO QUE COMPROMETE PIEL Y TEJIDO CELUAR SUBCUTANEO. NEUROLOGICO SIN DEFICIT.

RX DEL HOMBRO DERECHO EVIDENCIA FRACTURA DESPLAZADA DEL CUELLO DE LA ESCAPULA DERECHA.

Enfermedad Actual:
Antecedentes:

Examen Fisico: Examen Fisico:
ALGICO, MUCOSAS HUMEDAS.

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 | Peso: 0

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:** NA

MOTIVO DE REMISION

Motivo Remisión: Falla_Cama_IPS_Remite
Descripción Motivo: VALORACION POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Nombre IPS:
Municipio: **Departamento :** **Nivel:**
Servicio que Remite: URGENCIAS - OBSERVACION
Servicio Remitido: Urgencias
Resumen H.Clínica:
Fecha Confirmación: **Fecha Salida:**

IMPRESION DIAGNÓSTICA

CODIGO	NOMBRE

S010	HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
S421	FRACTURA DEL OMOPLATO
S490	TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
S510	HERIDA DEL CODO
T012	HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES)
V299	MOTOCICLISTA (CUALQUIERA) LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Carlos E. Sandino P.
Medico y Cirujano
R.M. 584/01

C.C. 19486519 - CARLOS EDUARDO SANDINO POLANIA
Registro Medico: 584 - MEDICINA GENERAL

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	7688867				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	JOSE JAVIER BRAVO PUENTES		Identificación:	7688867	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	13/septiembre/1971 Edad: 52 Años - 7 Meses - 8 Dias		Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	CALLE 1 c # 26-41		Teléfono:		
Procedencia:	NEIVA		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° 1		(Fecha: 21/04/2024 09:30 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	795126 Fecha:	21/04/2024 8:56:27 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI REINGRESO DE PACIENTE NO

INICIO DE ATENCION 21/04/2024 09:10 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

PACIEWNTE QUE SE DESPLAZABA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA MARCA AKT DE PLACAS UUT25F POR LA RUTA 45 EN LA VIA HOPBO CAMPOALEGRE FRENTE AL SENA LA ANGOSTURA SUIFRIENDO ACCIDENTE DE TRANSITO AL ATRAVEZARSE UN PERRO EN LA VIA , CAIDA CON POLITRAUMATISMO SIN PERDIDA DE CONCIENCIA.

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

NA

Otros Sistemas

NO REFIERE

Signos Vitales

Sistólica	160,00 mmHg	Diastólica	88,0000	FC	78,00 L*m	FR	18,00 R*m
Temperatura	36,00 °C	Talla	178,00 m	IMC	25,25 Kg/m2	Glasgow	15,00 /15
SaO2	96 %	Peso	80,00 kg	Dextrometer			

DESCRIPCIÓN EXÁMEN FISICO

Aspectos Generales	ALGICO, MUCOSAS HUMEDAS.	
Cabeza y cuello	NORMAL	LACETACION SUPERFICIAL EN CUERO CABELLUDO PARIETAL DERECHO, NO CREPITACIONES NI HUNHDIIENTOS DE TABAL OSEA.
Ojos	NORMAL	
Otorrinolarigologia	NORMAL	
Cardiovascular	NORMAL	RSCSRS SIN SOPLOS
Pulmonar	NORMAL	PULMONES NORMOVENTILADOS ACP
Abdomen	NORMAL	ABDOMEN BLANDO, RSIS++, NO DOLOROSO SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS
Tacto vaginal	NO APLICA	
Genitourinario	NORMAL	
Osteomuscular	NORMAL	

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	7688867				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	JOSE JAVIER BRAVO PUENTES		**Identificación:**	7688867	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	13/septiembre/1971 **Edad:**	52 Años - 7 Meses - 8 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CALLE 1 c # 26-41		**Teléfono:**		
Procedencia:	NEIVA		**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 1**	(Fecha: 21/04/2024 09:30 p. m.)		
Responsable:			**Teléfono Resp:**		
Dirección Resp:			**Nº Ingreso:**	795126 **Fecha:**	21/04/2024 8:56:27 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		**Causa Externa:**	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI REINGRESO DE PACIENTE NO

INICIO DE ATENCION 21/04/2024 09:10 p. m.)

Extremidades	ANORMAL	HERIDAS POR LACERACIONES MULTIPLES EN HOMBRO, BRAZO, CODO, ANTEBRAZO Y DORSO DE LA MANO DERECHA. DOLOR, EDEMA E INCAPACIDAD FUNCIONAL DEL HOMBRO Y BRAZO DERECHO. NEUROVASCULAR CONSERVADO. HERIDA CORTANTE DE TRES CM EN CODO DERECHO QUE COMPROMETE PIEL Y TEJIDO CELUAR SUBCUTANEO.
Piel	NORMAL	
Neurológico	NORMAL	SIN DEFICIT NEUROLOGICO
Tacto rectal	NO EXPLORADO	

Plan

PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON CAIDA Y TRAUMATISMO EN HOMBRO Y BERAZO DERECHO. LACERACIONES MULTIPLES EM MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. HERIDA CORTANTE EN COSDO DERECHO.

DICLOFENAC 75 MG IM
TRAMADOL 50 SCV
CURACION DE HERIDAS
LAVADO YN SUTURA DE HERIDA EN CODO DERECHO
SE ORDENA RX DEL HOMBRO DERECHO

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S499	TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	True	DERECHO
S510	HERIDA DEL CODO	False	DERECHO
T012	HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES)	False	LACERACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
S010	HERIDA DEL CUERO CABELLUDO	False	LACERACION EN CUERO CABELLUDO
V299	MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	False	.

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Médicos	NO REFIERE

MEDICAMENTOS

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
M01AB0505	DICLOFENACO AMPOLLA X75MG	1	IM
N02AX02	TRAMADOL X 50 MG	1	SC
IDM000130	JERINGA 10 CC	2	.

EXAMENES

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
39305	MATERIALES DE CURACION Y SUTURA	1	HX EN CODO DERECHO
39201	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	1	HX EN CODO DERECHO
873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	1	HOMBRO DERECHO

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	Condiciones	Requiere Cama

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	7688867				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	JOSE JAVIER BRAVO PUENTES		**Identificación:**	7688867	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	13/septiembre/1971 **Edad:**	52 Años - 7 Meses - 8 Dias	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CALLE 1 c # 26-41		**Teléfono:**		
Procedencia:	NEIVA		**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° 1		(Fecha: 21/04/2024 09:30 p. m.)		
Responsable:			**Teléfono Resp:**		
Dirección Resp:			**Nº Ingreso:**	795126 **Fecha:**	21/04/2024 8:56:27 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		**Causa Externa:**	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI **REINGRESO DE PACIENTE** NO

INICIO DE ATENCION 21/04/2024 09:10 p. m.)

Urgencias_Observacion PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON CAIDA Y TRAUMATISMO EN HOMBRO Y BERAZO DERECHO. LACERACIONES MULTIPLES EM MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. HERIDA CORTANTE EN COSDO DERECHO.

DICLOFENAC 75 MG IM
TRAMADOL 50 SCV
CURACION DE HERIDAS
LAVADO YN SUTURA DE HERIDA EN CODO DERECHO
SE ORDENA RX DEL HOMBRO DERECHO

Carlos L. Sandino P.
Médico y Cirujano
R.M. 584/01

Medico: CARLOS EDUARDO SANDINO POLANIA
No. Documento: 19486519
Tarjeta Profesional: 584

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031521216

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
UUT25F	AKT	AK125NKD EFI	2022

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD (KPSJ)
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMIUE048498	N	9F2D51257N5013220

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2D51257N5013220	N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): BRAVO MARROQUIN MICHAEL ANDRES
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1077225710

RESTRICCIÓN MOVILIDAD: ******
BLINDAJE: ******
POTENCIA HP: 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 910201000083977
VE: I
FECHA IMPORT.: 18/06/2021
PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
25/06/2021	09/04/2024	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT07003090720

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUIP 7.688.067

BRAVO PUENTES

JOSE JAVIER

COL
13 SEPT 1971
NEIVA (HUILA)

Estatura: 1.74
G.S.: O+
Sexo: M

11 DIC 1989, NEIVA

31 OCT 2032

0086389974

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0086389974190O1<<<<<<<<<<
7109131M3210318COL7688867<<<<1
BRAVO<PUENTES<<JOSE<JAVIER<<<<

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:	**UUT25F**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10031521216**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125NKD EIII**
MODELO:	**2022**	COLOR:	**NEGRO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMIUE048498**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2D51257N5013228**	NÚMERO DE VIN:	**9F2D51257N5013228**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**25/06/2021**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8121304200	05/03/2024	06/03/2024	05/03/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8099053100	03/01/2023	04/01/2023	03/01/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-64263 fechada el dia 24.09.23 cuyo paciente es BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

HISTORIA No. 7688867

GLOSA No: ZGL-1-48975 **SINIESTRO:** 64263

>> 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!
15 de Noviembre del 2024
20313279
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: 13/11/2024

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-FEC1-64263 fechada el dia 24.09.23 cuyo paciente es BRAVO PUENTES JOSE JAVIER

HISTORIA No. 7688867

GLOSA No: ZGL-1-48975 **SINIESTRO:** 64263

>> 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: KR MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	12000.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	12000.00	

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: KR -MASCARA MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	78130.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	78130.00	

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:	2,780,522.00
VALOR GLOSADO :	212530.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	212530.00
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.	20308198	**No.**	195597	**Siniestro**	90745191	**No. Factura**	FEC164263		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	21/04/2024	**Fecha aviso**	14/05/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**Póliza**	812130420	**Vigencia**	06/03/2024	**hast**	05/03/2025
Id tomador	55167845	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	7688867	**Nombre**	JOSE JAVIER BRAVO PUENTES						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S400					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL		100%	371,300	0	371,300
1	39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 07		100%	218,900	0	218,900
1	39118	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 07		100%	97,900	0	97,900
1	39209	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 07		100%	697,000	0	697,000
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
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05		100%	118,600	0	118,600
1	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 05		100%	215,800	0	215,800
1	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06		100%	132,400	0	132,400
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	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	71,500	0	71,500
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	77702	INSUMOS	EE. NO SE RECONOCE MASCARA FACIAL $12000 NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EE. NO SE RECONOCE MASCARA LARINGEA $78130 NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS		109,630	90,130	19,500
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	4,892	0	4,892

1001	Cobrado	2,780,522
1002	Obj. Parcial	212,530
1003	Liquidado	2,567,992

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 8 de 02 de 2025 a las 08:17:25 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164263

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
a64c004935710260be6c8986f3799ae555e067111ef00d5034b07a2a26466b9ab615c97f6d99450bfe271f44b25f58a4

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2780522

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-23 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
2cf76b6c1dc0f79a6e96478be68b292803819546b545ebfcfc0694c0aa6bb05c41e34cc7330c807c52d505d69fa39652

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-23 10:03:35.000 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. FEC164263

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
a64c004935710260be6c8986f3799ae555e067111ef00d5034b07a2a26466b9ab615c97f6d99450bfe271f44b25f58a4

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
212e8037a5ab8475447cf9dae2e54ab4c161443a3af22f6d5fe043bb34cad7a3d363803e89dd9b19e2b32f46de2f2cbc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-23 10:09:39.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
0f201e037cc2b04f908bcd062d8cfa8ad8eefa5a89d2193267cfb792d6910f660b7c436bafa3c6620889e41d3ed5a3f2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 12:59:15.000 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

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. FEC164263

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
a64c004935710260be6c8986f3799ae555e067111ef00d5034b07a2a26466b9ab615c97f6d99450bfe271f44b25f58a4

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
446ddbb903d71006dd9c16fdcfb1af8b8a48ce99a7bfb50af27a066424b33744468f0460c53785ccd5bfbc49d7d4baf8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 02:06:06.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.23	17:22:49	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64327

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: URGENCIAS
ORDEN SS 182499

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2024.07.04 - 21:22 2024.07.05 - 13:01

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL EDAD : 21 Años
DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 NEIVA TELEFONO: 3122615294

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
	APOSITOS ESTERILES PAQUETES								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	0	0
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	200	200
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	VENDA ELASTICA DE 3X5								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257-06	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19986775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19986384-02	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								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.04	873121		JES				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.04	873121		JES				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.04	873121		JES				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.04	873121		JES				1	90,400	90,400
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.07.04	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.04	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.07.04	903841						1	20,700	20,700
19749	NITROGENO UREICO	2024.07.04	903858						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.04	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.04	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.04	890701		OAR				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.04	S22101		EMF				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 DE 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... 12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-0005595 Has... 1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5ac723a5b4edb7017433ea39800e08cb988fb8fbb45e4a137f3a01d7c26d7c34732f82e03a6a1d6eb54f01352ad3df4d

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!
15 de Octubre del 2024
20308199

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 ,2024.09.23	17:22:49	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64327

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: URGENCIAS
ORDEN SS: 182499

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.07.04 - 21:22
FEC-HORA EGRESO: 2024.07.05 - 13:01

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL
EDAD : 21 Años
DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 NEIVA TELEFONO: 3122615294
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
	APOSITOS ESTERILES PAQUETES								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	0	0
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	200	200
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	VENDA ELASTICA DE 3X5								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
MEDICAMENTOS											
19927257-08	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								4	3,758	15,032
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19986384-02	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								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.04	873121		JES				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.04	873121		JES				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.04	873121		JES				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.07.04	873121		JES				1	90,400	90,400
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.07.04	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.07.04	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.07.04	903841						1	20,700	20,700
19749	NITROGENO UREICO	2024.07.04	903856						1	16,500	16,500
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.07.04	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.07.04	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.07.04	890701		OAR				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.07.04	S22101		EMF				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: 5ac723a5b4edb7017433ea39800e08cb988fb0fbb45e4a137f3a01d7c26d7c34732f32a23a5a946eb54f01352ad3df4d

22

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 ,2024.09.23	17:22:49	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64327

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL

VALOR BRUTO:	1,014,008	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,014,008

SON: UN MILLON CATORCE MIL OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.23 05:23:47 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: 5ac723abb4edb7017433ca39800e08cb988fb8fbb45e4a137f3a01d7c26d7c34732f32a23e5a946eb54f01352ad3df4d

21

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:	64327
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 918,116
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 95,892
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64327

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
GARCIA	QUESADA

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	MANUEL

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1003916420

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 13/09/2002 Sexo: F M[X] O

Direccion: CALLE 34 N 7 47

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3122615294

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: CARRERA 7 CON CALLE 64

Fecha Evento/Accidente: 04/07/2024 Hora: 21:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA JLO15E, 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: YAMAHA Placa: JLO15E

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 8114922800 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 18/07/2023 Hasta: 17/07/2024

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

CORRALES	OYOLA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
JHON	ALEXANDER
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] — No. Documento 1075290652

Direccion: CALLE 34 N 7 47

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3122615294 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

GARCIA	QUESADA
1er.Apellido	2do.Apellido
JUAN	MANUEL
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] — No. Documento 1003916420

Direccion: CALLE 34 N 7 47

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3122615294

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: 04/07/2024 a las 21:22

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S817 HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S809 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO

Fecha de Egreso: 05/07/2024 a las 13:01

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S817 HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA

Diagnostico relacionado de Egreso

S809 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO

RODRIGUEZ	MENESES
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

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] — No. Documento 1031151920

Número de Registro de Medico 1031151920

24

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	1014008	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. 65015

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.04 — HORA DE INGRESO: 21:22
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.07.05 — HORA DE EGRESO: 13:01
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S819 - HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA
CONFIRMADO: S819 - HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

** DEL INGRESO

***** FECHA: 24.07.04-21:58:12 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 JLO15E, COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 21+22
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE 7/24, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMO, 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: 120/70 FC: 77 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 180 PESO: 80 IMC: 25 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>>
NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS

20

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<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, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO, BRAZO, RODILLA Y PIERNA DERECHA.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++)
<<PIEL>>
HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA CARA EXTERNA DE 10 CM CON EXPOSICION DE TCS, SUCIA CON BORDES IRREGULARES.
<<FANERAS>>
NORMALES

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES. SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA

** PLAN DE MANEJO:
- DIETA NORMAL
- 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
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA CONSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN RECOMENDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 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

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 24.07.04-23:03:47 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: 21:59 / 22:09 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: EDNA MILENA FALLA MOTTA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

21:59 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 HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE 5 CM DE LONGITUD, SE OBSERVAN SUCIAS CON EXPOCISION DE TCS, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITO CON DE ISODINE SOLUCION, Y VENDAJE ELASTICO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

FECHA: 24.07.04-23:29:57 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 PIERNA DERECHA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 24.07.05-00:40:21 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:7800, NEUT:54.6, HTO:48.8, PLAQ:214.000
BUN:13
GLUCOSA:83
CREATININA: 1.4
PT:12.9, INR:0.99, HTO:35

SIN LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GLICEMIA ALEATORIA NORMAL.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.07.05-13:01:35 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE ORTOPEDIA 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: 2024.07.05-13:01:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

17

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S819 - HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Oscar Rodriguez Meneses
Medico Cirujano General
T.P. 1.031.151.920
FUNS

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 182499

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182499 **Fecha** 2024/07/4

Nombre Paciente: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL - 1003916420 **Edad:** 21 **Sexo:** M

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S817-HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA
3. S809-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S817-HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA
3. S809-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	EMF	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 21:59 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 HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE 5 CM DE LONGITUD, SE OBSERVAN SUCIAS CON EXPOCISION DE TCS, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITO CON DE ISODINE SOLUCION, Y VENDAJE ELASTICO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

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, 5-Jul-2024 16:20:3

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 21:22
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 21 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL 1 NIVEL I NEIVA CALLE 34 N 7 47 3122615294

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.04	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	EMF	10.00
2024.07.04	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	EMF	10.00
2024.07.04	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	EMF	6.00
2024.07.04	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	EMF	1.00
2024.07.04	CLI	APOSITOS	APOSITOS ESTERILES PAQUETES	EMF	1.00
2024.07.04	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 3X5	EMF	1.00
2024.07.04	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	EMF	2.00

14

PACIENTE: 1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL **EDAD:** 21

DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 **TELEFONO:** 3122615294

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64029 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.04 **Nº POLIZA:** 8114922800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 4 de julio de 2024						
21:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
21:59:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
21:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
21:59:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	MFVI	
21:59:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
21:59:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	AGUJA HIPODER NO.26 X1 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 5 de julio de 2024						
05:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
05:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
05:59:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
05:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFVI	
05:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
05:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
05:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
09:59:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
09:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 12.00

13

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407040052

GARCIA QUESADA JUAN MANUEL — **202407040052**

Documento	: CC1003916420	Género	: Masculino	Sede	Servicio : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2003-07-26	Edad	: 20 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección		Teléfono	:	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-07-04 11:32:43 pm F. Impreso : 2024-07-04 11:54:52 pm

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	7.60	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	5.61	x 10^6/ul	3.50 - 6.50
Hemoglobina	17.0	g/dl	11.0 - 16.0
Hematocrito	48.8	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	86.9	fL	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	30.4	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.9	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	214	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	54.6	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	36.7	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	5.2	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	3.50	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	4.26	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	2.86	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.41	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.27	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	42.0	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.7	%	11.5 - 14.5
PDW	15.6		
PCT	0.208	%	

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: María Salcedo
BACTERIOLOGA

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
NITROGENO UREICO.	13.00	mg/dl	9.00 - 20.00
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.	83.0	mg/dl	74.0 - 106.0
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	1.4	mg/dl	0.7 - 1.3

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202407040052

GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

202407040052

Documento	: CC1003916420	**Género**	: Masculino	**Sede**	**Servicio** : URGENCIA
F. Nacimiento	: 2003-07-26	**Edad**	: 20 Años	**Entidad** : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección		**Teléfono**	:	**Municipio**	
EPS				**F. Ingreso** : 2024-07-04 11:32:43 pm	**F. Impreso** : 2024-07-04 11:54:52 pm

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: María Salcedo
BACTERIOLOGA

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	12.90	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	35.00	seg	22.00 - 38.00
INR.	0.99		

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: María Salcedo
BACTERIOLOGA

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 900422862-8

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

202407040045	CLINICA DE FRACTURAS	6009643	JOSE	REINALDO	MARIN	MOSCOSO	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407040045	CLINICA DE FRACTURAS	6009643	JOSE	REINALDO	MARIN	MOSCOSO	CC	M	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	$ 35,900
202407040045	CLINICA DE FRACTURAS	6009643	JOSE	REINALDO	MARIN	MOSCOSO	CC	M	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	$ 35,900
202407040045	CLINICA DE FRACTURAS	6009643	JOSE	REINALDO	MARIN	MOSCOSO	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
JOSE DAVID VELASQUEZ TOVAR										
202407040051	CLINICA DE FRACTURAS	1076917203	JOSE	DAVID	VELASQUEZ	TOVAR	TI	M	UROANALISIS	$ 21,900
JUAN MANUEL GARCIA QUESADA										
202407040052	CLINICA DE FRACTURAS	1003916420	JUAN	MANUEL	GARCIA	QUESADA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407040052	CLINICA DE FRACTURAS	1003916420	JUAN	MANUEL	GARCIA	QUESADA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407040052	CLINICA DE FRACTURAS	1003916420	JUAN	MANUEL	GARCIA	QUESADA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407040052	CLINICA DE FRACTURAS	1003916420	JUAN	MANUEL	GARCIA	QUESADA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407040052	CLINICA DE FRACTURAS	1003916420	JUAN	MANUEL	GARCIA	QUESADA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407040052	CLINICA DE FRACTURAS	1003916420	JUAN	MANUEL	GARCIA	QUESADA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DIDIER GARCIA GARCIA										
202407050001	CLINICA DE FRACTURAS	1082159011	DIDIER		GARCIA	GARCIA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202407050001	CLINICA DE FRACTURAS	1082159011	DIDIER		GARCIA	GARCIA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202407050001	CLINICA DE FRACTURAS	1082159011	DIDIER		GARCIA	GARCIA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202407050001	CLINICA DE FRACTURAS	1082159011	DIDIER		GARCIA	GARCIA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202407050001	CLINICA DE FRACTURAS	1082159011	DIDIER		GARCIA	GARCIA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202407050001	CLINICA DE FRACTURAS	1082159011	DIDIER		GARCIA	GARCIA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800

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*

990

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:	16:22:33
PAGINA No:	1

Numero: 91133 Fecha Ex. 04/07/24 Hora 13:18
Nombre Paciente: 1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL
Dirección: CALLE 34 N 7 47 Telefono:3122615294 Edad:21 A Sexo:M
Medico: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

***HALLAZGOS**

Proyección AP del hombro derecho observándose la articulación escapula humeral con características normales.

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.

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 contornos y densidad ósea normal sin focos de fracturas aparente en la imagen presentada.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 04 JULIO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo JUAN MANUEL GARCIA QUESADA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1003916420, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad LA EQUIDAD SEGUROS, producto de las atenciones prestadas desde 04/07/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente		Acudiente o Representante	
Manuel.	HUELLA		HUELLA
Firma		Firma	
Nombre: JUAN MANUEL GARCIA		Nombre:	
c.c. 1003916420		c.c.	

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

4

REPÚBLICA DE [illegible]
IDENTIFICACIÓN [illegible]
CÉDULA DE [illegible]

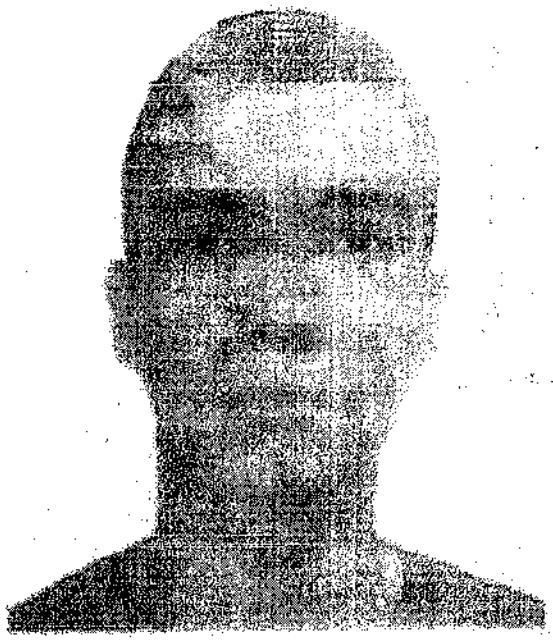
NÚMERO 1.003.916.420

GARCIA QUESADA

APELLIDOS

JUAN MANUEL

NOMBRES



FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRANSITO No. 10013660185

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
JLO15E	YAMAHA	SZ15RR	2017

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO VERDE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
G3F3E0008488	N	9FKRG2217H2008488

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FKRG2217H2008488	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CORRALES OYOLA JHON ALEXANDER	C.C. 1075290652

Powered by CamScanner

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-2002

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 O+ M

ESTATURA G.S RH SEXO

14-SEP-2020 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1900100-01161889-M-1003916420-20200918 0071787716A 1 8500629902

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ******

POTENCIA HP 12

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902017000004866

FECHA IMPORT.	PUERTAS
11/01/2017	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
23/03/2017	23/03/2017	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007189156

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:	JLO15E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10013660185	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	SZ15RR
MODELO:	2017	COLOR:	NEGRO VERDE
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	G3F3E0008488
NÚMERO DE CHASIS:	9FKRG2217H2008488	NÚMERO DE VIN:	9FKRG2217H2008488
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	23/03/2017
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
4308005570481000	18/07/2024	19/07/2024	18/07/2025	120	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	VIGENTE
8114922800	17/07/2023	18/07/2023	17/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
4234860100	16/07/2022	17/07/2022	16/07/2023	120	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 14/11/2024

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-FEC1-64327 fechada el dia 24.09.23 cuyo paciente es GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

HISTORIA No. 1003916420

GLOSA No: ZGL-1-48989 **SINIESTRO:** 64327

>> 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 Y LIMITACION FUNCIONAL EN PIERNA DERECHA. 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: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 4892.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

Recibido!
18 de Noviembre del 2024
20313559
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: 14/11/2024

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-FEC1-64327 fechada el dia 24.09.23 cuyo paciente es GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

HISTORIA No. 1003916420

GLOSA No: ZGL-1-48989 **SINIESTRO:** 64327

>> 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 Y LIMITACION FUNCIONAL EN PIERNA DERECHA. 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: 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	SOPORTE SALA DE CURACION E INSUMOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS DONDE SE EVIDENCIA EL USO DEL CLORURO DE SODIO 500ML EN SALA DE CURACION PARA LA LIMPIEZA DE LA HERIDA QUE PRESENTABA EL PACIENTE. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 3: 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	HOJA DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS.

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 4: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	400.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

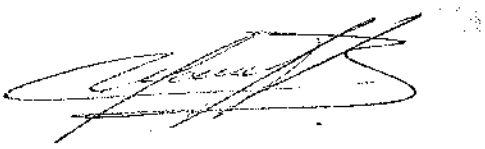
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	400.00	HOJA DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS.

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:	1,014,008.00
VALOR GLOSADO :	95892.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	95892.00
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.	20308199	**No.**	198229	**Siniestro**	90752029	**No. Factura**	FEC164327		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	04/07/2024	**Fecha aviso**	10/07/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	29/10/2024	**Póliza**	811492280	**Vigencia**	18/07/2023	**hast**	17/07/2024

Id tomador	1075290652	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1003916420	**Nombre**	JUAN MANUEL GARCIA QUESADA
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S817	**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	242,400	0	242,400
4	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE UN 21102 PIERNA NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	361,600	90,400	271,200
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	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	EE.NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA. $200 EE. NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA. $400		17,700	600	17,100
1	77701	MEDICAMENTOS	EE. NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN. $ 4892 , , , ,	100%	91,908	4,892	87,016

1001	Cobrado	1,014,008
1002	Obj. Parcial	95,892
1003	Liquidado	918,116

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 182499

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182499 **Fecha** 2024/07/4

Nombre Paciente: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL - 1003916420 **Edad:** 21 **Sexo:** M

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S817-HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA
3. S809-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S817-HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA
3. S809-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	EMF	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 21:59 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 HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE 5 CM DE LONGITUD, SE OBSERVAN SUCIAS CON EXPOCISION DE TCS, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITO CON DE ISODINE SOLUCION, Y VENDAJE ELASTICO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

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, 5-Jul-2024 16:20:3

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 21:22
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	21 Años		Fecha Egreso :	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 34 N 7 47	3122615294

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.04	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	EMF	10.00
2024.07.04	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	EMF	10.00
2024.07.04	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	EMF	6.00
2024.07.04	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	EMF	1.00
2024.07.04	CLI	APOSITOS	APOSITOS ESTERILES PAQUETES	EMF	1.00
2024.07.04	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 3X5	EMF	1.00
2024.07.04	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	EMF	2.00

19

PACIENTE: 1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL **EDAD:** 21

DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 **TELEFONO:** 3122615294

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64029 **FECHA SINIESTRO:** 2024.07.04 **Nº POLIZA:** 8114922800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 4 de julio de 2024						
21:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
21:59:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
21:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
21:59:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	MFVI	
21:59:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
21:59:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	5.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	AGUJA HIPODER NO.26 X1 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
21:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
					TOTAL SUMINISTRADO:	20.00
FECHA DEL CONTROL : viernes, 5 de julio de 2024						
05:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
05:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
05:59:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFVI	
05:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFVI	
05:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
05:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
05:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFVI	
09:59:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
09:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
					TOTAL SUMINISTRADO:	12.00

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:17:52 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164327

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5ac723a5b4edb7017433ea39800e08cb988fb8fbb45e4a137f3a01d7c26d7c34732f32a23a5a946eb54f01352ad3df4d

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1014008

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-23 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
f28f71b60d635f80777b9b3f04c117945739ef6767f904b228dd0a085ca921425746dc8a45f35621ce14e81497853125

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-23 05:23:46.000 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. FEC164327

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5ac723a5b4edb7017433ea39800e08cb988fb8fbb45e4a137f3a01d7c26d7c34732f32a23a5a946eb54f01352ad3df4d

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
f9ec51a36a211a59fae8550ce7b0589a754d951aaad4d8fadb63e947eff513cc56dc43a346eeafbdc8e2d95e619a33f3

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-23 05:28:59.000 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:
e7af3ef643794debb7f7063ff0e85097e17fd2d3539e25ab5121e6c40c7f1c12926b073c21f0d35567b92b42c0a57ddb

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 12:32:35.000 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. FEC164327

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5ac723a5b4edb7017433ea39800e08cb988fb8fbb45e4a137f3a01d7c26d7c34732f32a23a5a946eb54f01352ad3df4d

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
472d6465ce7c1cae2d148863eb621c310644a2d2303ec62c66fb53183e3bd5dcfc4a5d227edd38da3db9cb3860d860e8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 12:32:47.000 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

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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.23	17:23:28	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64328

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 182517

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.04 - 21:22	2024.07.05 - 15:46

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL
EDAD : 21 Años
DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 NEIVA TELEFONO: 3122615294
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	5-Jul-2024	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	886,700	886,700
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	5-Jul-2024	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	525,200	525,200
39124	GRUPO 13	5-Jul-2024	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	254,600	254,600
39215	GRUPO 13	5-Jul-2024	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,368,700	1,368,700
39304	GRUPOS 10 11 12 13	5-Jul-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)	5-Jul-2024	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	215,600	215,600
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	5-Jul-2024	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	127,300	127,300
39119	GRUPO 08	5-Jul-2024	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	56,500	56,500
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
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	5,700	5,700
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
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	78,130	78,130
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 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
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
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
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CA... ART. 774 667 CODIGO DE 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: eea71c0096bc6f2ac031e80f74324409548f3fac365e0d265d34e7358014ae7e5454...

¡Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308200

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 ,2024.09.23	17:23:28	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64328

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: 182517

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.07.04 - 21:22
FEC-HORA EGRESO: 2024.07.05 - 15:46

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL
EDAD : 21 Años
DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 NEIVA TELEFONO: 3122615294

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	5-Jul-2024	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	886,700	886,700
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	5-Jul-2024	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	525,200	525,200
39124	GRUPO 13	5-Jul-2024	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	254,600	254,600
39215	GRUPO 13	5-Jul-2024	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,368,700	1,368,700
39304	GRUPOS 10 11 12 13	5-Jul-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)	5-Jul-2024	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	215,600	215,600
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	5-Jul-2024	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	127,300	127,300
39119	GRUPO 08	5-Jul-2024	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	56,500	56,500
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
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	5,700	5,700
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
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	78,130	78,130
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 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
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								2	0	0
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
19932754-05	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	0	0
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: eaa71c0096bc6f2ac031e80f74324409540f3fac365e0d265d34e7358014ae7e5454adbfb761346a07d43e452c2d96c1

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 ,2024.09.23	17:23:28	2024.10.23

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64328

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
19908147-02	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								60	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								60	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.07.05	890202		HJC				1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.07.05	890202		JHT				1	61,200	61,200

VALOR BRUTO:	4,326,030	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,326,030

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL TREINTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.23 05:24:14 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

20

Cufe: cea71c0096bc6f2ac031e80f74324409548f3fac365e0d265d34e7358014ae7e5454adbfb761346a07d43e452c2d96c1

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:	64328
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 4,086,600
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 239,430
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

1012

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- 64328

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
GARCIA	QUESADA

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	MANUEL

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1003916420

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 13/09/2002 Sexo: F M[X] O

Direccion: CALLE 34 N 7 47

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3122615294

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: CARRERA 7 CON CALLE 64

Fecha Evento/Accidente: 04/07/2024 Hora: 21:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA JLO15E, 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: YAMAHA Placa: JLO15E

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 8114922800 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 18/07/2023 Hasta: 17/07/2024

24

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolucion 01915 28 MAY 2008

1013

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
CORRALES	OYOLA

1er.Nombre	2do.Nombre
JHON	ALEXANDER

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1075290652

Direccion: CALLE 34 N 7 47

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3122615294 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
GARCIA	QUESADA

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	MANUEL

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1003916420

Direccion: CALLE 34 N 7 47

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3122615294

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: 04/07/2024 a las 21:22

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S817 HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S809 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO

Fecha de Egreso: 05/07/2024 a las 15:46

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S817 HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA

Diagnostico relacionado de Egreso

S809 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO

1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
RODRIGUEZ	MENESES

1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante
OSCAR	ALEXIS

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1031151920

N·mero de Registro de Medico 1031151920

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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4326030	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. 65015

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.04 — HORA DE INGRESO: 21:22
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.07.05 — HORA DE EGRESO: 15:46
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
PRESUNTIVO: S819 - HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA
CONFIRMADO: S819 - HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.07.04-21:58:12 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 JLO15E, COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 21+22
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE 7/24, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMO, 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: 120/70 FC: 77 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 180 PESO: 80 IMC: 25 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>>
NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<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, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO, BRAZO, RODILLA Y PIERNA DERECHA.
<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, ORIENTADO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++)
<<PIEL>>
HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA CARA EXTERNA DE 10 CM CON EXPOSICION DE TCS, SUCIA CON BORDES IRREGULARES.
<<FANERAS>>
NORMALES

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES. SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA

** PLAN DE MANEJO:
- DIETA NORMAL
- 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
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA CONSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN RECOMENDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 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

** DE LA EVOLUCION

FECHA: 24.07.04-23:03:47 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: 21:59 / 22:09 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: EDNA MILENA FALLA MOTTA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

21:59 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 HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE 5 CM DE LONGITUD, SE OBSERVAN SUCIAS CON EXPOCISION DE TCS, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITO CON DE ISODINE SOLUCION, Y VENDAJE ELASTICO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

FECHA: 24.07.04-23:29:57 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 PIERNA DERECHA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

17

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

***** FECHA: 24.07.05-00:40:21 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:7800, NEUT:54.6, HTO:48.8, PLAQ:214.000
BUN:13
GLUCOSA:83
CREATININA: 1.4
PT:12.9, INR:0.99, HTO:35

SIN LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GLICEMIA ALEATORIA NORMAL.

***** FECHA: 24.07.05-13:01:35 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE ORTOPEDIA 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: 2024.07.05-13:01:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 24.07.05-14:07:24 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:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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 : HERIDA TERCIO EN TERCION PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE MAS O MENOS 8 CM SUCIA CON BORDES IREGULARES NECORTICOS
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
RX DE PIERNA DERECHA SIN ALTERACIONES

** ANALISIS PLAN:
NOTA RETROSPECTIVA 13:15
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.05-14:07:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.07.05-14:07:41 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

LS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	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 : HERIDA TERCIO EN TERCION PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE MAS O MENOS 8 CM SUCIA CON BORDES IREGULARES NECORTICOS
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** ANALISIS PLAN:
PLAN
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

***** FECHA: 24.07.05-15:05:50 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA DESBRIDAMIENTO, LAVDO QUIRURGICO Y SUTURA DE HERIDA COMPLEJA EN PIERNA DERECHA. 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: 24.07.05-15:44:48 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): DANIELA PEÑA

HORA INICIAL/FINAL: 14:20 / 15:20 DURACION: 01:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

No. DESCRIPCION: 18694
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE MAS O MENOS 10 CM SUCIA CONTAMINADA CON BORDES IREGULARES NECORTICOS.

DESCRIPCION QUIRURGICA:
" POR VIA 1, SE REALIZA LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9% Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA HASTA DEJARLA LIMPIA, REMODELACION DE BORDES MACERADOS QUEDANDO HERIDA DE 15CM, CIERRE POSTERIOR DE LA MISMA CON PUNTOS SEPARADOS DE 11CM, QUEDANDO DEFECTO DE COBARTURA DE 4CM CUADRADOS, POR LO QUE SE DISEÑA COLGAJO LOCAL FACIOCUTANEO, SE ROTA CON ADECUADA COBERTURA Y FIJA CON PUNTOS SEPARADOS.
" POR ULTIMO, SE DEJA EN HERIDA GASAS CON ISODINE, VENDAJE DE ALGODÓN Y ELASTICO.
" SIN COMPLICACIONES.
" SANGRADO ESCASO.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 24.07.05-15:46:54 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION POSTOPERATORIA POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA, CITA DE CONTOL POR LA CONSULTA EXTERNA, RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** OTROS:

SOLICITAR CITA DE CONTROL CON ANTELACION EN 12 DIAS CON EL DR CUERVO.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 PM.

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 ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENTOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65015

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

DOC.IDENT:	CC 1003916420	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47		
FCHA.NACTO:	2002.09.13	EDAD:	21 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3122615294
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

URGENCIAS.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON ISODINE SOLUCION O RIFOCINA POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMENDRAS ETC). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANDO ESTAS SE CAIGAN, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRICES.
- 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.
- 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.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG, TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20
CEFRADINA (ANTIBIOTICO) TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.05-15:46:01 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S819 - HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Oscar Rodriguez Meneses
Medico Cirujano General
T.R. 1.031.151.920
FUNC

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18694

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -182517 Fecha 05/07/24

Nombre Paciente: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL 1003916420 Edad: 21 Sexo: M

Hora inicio 14:20 Hora fin: 15:20 Duraci¾n: 01:00 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion DANIELA PEÑA

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S819-HERIDA COMPLEJA EN PIERNA DERECHA	1. S819-HERIDA COMPLEJA EN PIERNA DERECHA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE	HJC	1 - 1i Interv 100%
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS: HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE MAS O MENOS 10 CM SUCIA CONTAMINADA CON BORDES IREGULARES NECORTICOS.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

" POR VIA 1, SE REALIZA LAVADO EXAUSTIVO CON SSN0.9% Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA HASTA DEJARLA LIMPIA, REMODELACION DE BORDES MACERADOS QUEDANDO HERIDA DE 15CM, CIERRE POSTERIOR DE LA MISMA CON PUNTOS SEPARADOS DE 11CM, QUEDANDO DEFECTO DE COBARTURA DE 4CM CUADRADOS, POR LO QUE SE DISEÑA COLGAJO LOCAL FACIOCUTANEO, SE ROTA CON ADECUADA COBERTURA Y FIJA CON PUNTOS SEPARADOS.

" POR ULTIMO, SE DEJA EN HERIDA GASAS CON ISODINE, VENDAJE DE ALGODÓN Y ELASTICO.

" SIN COMPLICACIONES.

" SANGRADO ESCASO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. Hector Julio Cuervo Ramirez
Ortopedista y Traumatologo
Cir. 2715 R.C. 10916380

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1003916420

ADMISION N_: 182517

NOMBRE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL **Num. Id-:** CC 1003916420
FECHA NACIMIENTO: 2002.09.13 **EDAD:** 21 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2024.07.05 **HORA DE INGRESO:** 14:07:24 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.05 14:07
DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3122615294
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** CLAUDIA QUESADA
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.07.05

<< REGISTRO: 14:07:24 >> (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

--><<2021.12.21-20:55:20>>, (DR(A). CJL - CRISTIAN JAVIER LOSADA CORTES - C.C. 1075266060 - REG. MEDICO: 1075266060 - MEDICINA GENERAL) H.U. 128539
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--><<2024.07.04-21:58:12>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.U. 182499
PATOLOGICOS: NIEGA
QX: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS:NIEGA

--><<2024.07.05-15:27:02>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 182517

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1003916420

ADMISION N_: 182517

NOMBRE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL **Num. Id-:** CC 1003916420

FECHA NACIMIENTO: 2002.09.13 **EDAD:** 21 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2024.07.05 **HORA DE INGRESO:** 14:07:24 **Fecha/Hora de registro:** 2024.07.05 14:07

DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3122615294

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** CLAUDIA QUESADA

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:07:24 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

REPETIDO

** 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 : HERIDA TERCIO EN TERCION PROXIMAL DE PIERNA DERECHA DE MAS O MENOS 8 CM SUCIA CON BORDES IREGULARES NECORTICOS

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S819 HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

ANALISIS/PLAN

NOTA RETROSPECTIVA 13:15

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES VIENE PARA CIRUGIA PROGRAMADA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.05-14:07:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

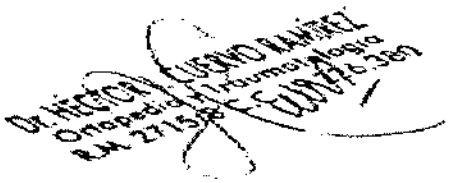
RX DE PIERNA DERECHA SIN ALTERACIONES

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

FECHA DE EGRESO: 2024.07.05 **HORA DE EGRESO:** 14:07:22 **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_ : 182517 - 10000

NOMBRE:	GARCIA QUESADA JUAN MANUEL		C.C. -TI-RC-OTRO	1003916420	
EDAD:	21 A	FECHA DE NACIMIENTO:	2002.09.13	SEXO:	M
DIRECCION:	CALLE 34 N 7 47			TELEFONO:	3122615294
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:	CLAUDIA QUESADA			TELEFONO:	3123612261

FECHA:	CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:
2024.07.05	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2021.12.21-20:55:20>>, (DR(A). CJL - CRISTIAN JAVIER LOSADA CORTES - C.C. 1075266060 - REG. MEDICO: 1075266060 - MEDICINA GENERAL) H.U. 128539

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega *

--->><<2024.07.04-21:58:12>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.U. 182499

PATOLOGICOS: NIEGA

QX: NIEGA

FARMACOLOGICOS: NIEGA

ALERGICOS:NIEGA

--->><<2024.07.05-15:27:02>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 182517

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 182517 - 10000

NOMBRE: GARCIA QUESADA JUAN MANUEL C.C. -TI-RC-OTRO 1003916420

EDAD: 21 A FECHA DE NACIMIENTO: 2002.09.13 SEXO: M

DIRECCION: CALLE 34 N 7 47 TELEFONO: 3122615294

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: CLAUDIA QUESADA TELEFONO: 3123612261

EXAMEN FISICO:

PA: 134/58 **FC:** 79 **FR:** 22 **PESO:** 75 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4 CM, 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 PROFUNDA, DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS, CON EXPOSICION DE FASCIA Y MUSCULO EN CARA ANTEROLATERAL DE TERCIO SUPERIOR DE PIERNA DERECHA

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: S819
HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

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:** 2024.07.05 **HORA:** 13:00:56

SERVICIO: ORTOPEDIA

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
Oroz	Alvarez	Juan Manuel	1003916425

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
5 7 24	21	H ☒ M ☐	176	95	1 2 3 4 5 U

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
C			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM				TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Fractura cuello de fémur izquierdo

OPERACION PROPUESTA Hemiartroplastia de cadera izquierda

HISTORIA Y ANTECEDENTES

ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TSC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

NO NO NO

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI ___ NO ___ VIA AEREA

IOT SI ___ NO ___ DIENTES NO CUELLO NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO NO

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
	GENERAL

ESTADO PSICOLOGO

RESERVA	ACEPTA	SUSPENDE		
			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 OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL Yeso h. derecha

HEMORRAGIA

REFLEJOS

MOTILIDAD

42	180
40	160
38	140
36	120
34	100
32	80
30	60
28	40
26	20

HORA 1400

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sala de recuperación bajo efectos generales e implicar

TOTALES			
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejorado

FIRMA

5

EFECTOS PREMEDICACION:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS

CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA ____ EPIDURAL ____ ESPINAL ____ ESPACIO ____ NIVEL ____ AGUA ____

POSICION

REPARACION

CCSC ____
CSA ____
CCC ____

E
A
C

42
40
38
36
34
32
30
28
26
°C

I OT No ____
I NT No ____
E OT No ____
E NT No ____
PULSO
RESPIRACION
T.A. XX
INDUCCION
INICIACION Y FINALIZACION
NEONATO MASC FEM ♂ a
PVC XXX
T° ____
TORNIQUETE
ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1
2
3
4
5

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL C.C.
TOTAL 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, 5-Jul-2024 16:19:0

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:** 2024.07.0 21:22
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 21 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1003916420 GARCIA QUESADA JUAN MANUEL 1 NIVEL I NEIVA CALLE 34 N 7 47 3122615294

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.07.05	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.07.05	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.07.05	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	60.00
2024.07.05	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LYC	10.00
2024.07.05	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.07.05	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	60.00
2024.07.05	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.07.05	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	5.00
2024.07.05	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.07.05	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LYC	1.00
2024.07.05	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LYC	1.00
2024.07.05	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	300.00
2024.07.05	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	300.00
2024.07.05	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.05	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.07.05	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LYC	1.00
2024.07.05	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	LYC	1.00
2024.07.05	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LYC	1.00
2024.07.05	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LYC	1.00
2024.07.05	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	2.00
2024.07.05	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	5.00
2024.07.05	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.07.05	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.05	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LYC	1.00
2024.07.05	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	1.00
2024.07.05	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LYC	1.00
2024.07.05	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	1.00

4

REPÚBLICA DE [illegible]
IDENTIFICACIÓN [illegible]
CÉDULA DE [illegible]

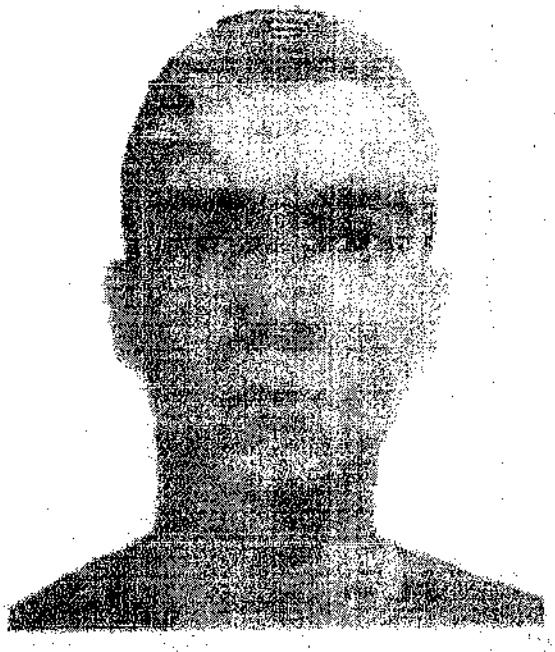
NÚMERO 1.003.916.420

GARCIA QUESADA

APELLIDOS

JUAN MANUEL

NOMBRES



FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRANSITO No. 10013660185

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
JLO15E	YAMAHA	SZ15RR	2017

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO VERDE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
G3F3E0008488	N	9FKRG2217H2008488

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FKRG2217H2008488	N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CORRALES OYOLA JHON ALEXANDER

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075290652

3

Powered by CamScanner

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-2002

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 O+ M

ESTATURA G S RH SEXO

14-SEP-2020 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1900100-01161889-M-1003916420-20200918 0071787716A 1 8500629802

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE POTENCIA HP
****** 12

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN DE FECHA IMPORT PUERTAS
902017000004866 11/01/2017 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA FECHA EXP. LIC. TTO FECHA VENCIMIENTO
23/03/2017 23/03/2017 ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007189156

2

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:	JLO15E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10013660185	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	SZ15RR
MODELO:	2017	COLOR:	NEGRO VERDE
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	G3F3E0008488
NÚMERO DE CHASIS:	9FKRG2217H2008488	NÚMERO DE VIN:	9FKRG2217H2008488
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	23/03/2017
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)

Dátos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
4308005570481000	18/07/2024	19/07/2024	18/07/2025	120	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	VIGENTE
8114922800	17/07/2023	18/07/2023	17/07/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
4234860100	16/07/2022	17/07/2022	16/07/2023	120	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-64328 fechada el dia 24.09.23 cuyo paciente es GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

HISTORIA No. 1003916420

GLOSA No: ZGL-1-48977 **SINIESTRO:** 64328

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313280

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: 13/11/2024

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-FEC1-64328 fechada el dia 24.09.23 cuyo paciente es GARCIA QUESADA JUAN MANUEL

HISTORIA No. 1003916420

GLOSA No: ZGL-1-48977 **SINIESTRO:** 64328

>> 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: BPL-HUMIDIFICADOR- HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9500.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9500.00	

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 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

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.

>> ITEM GLOSADO 5: DPM-VENDA VENDA ELASTICA 6X5

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 5700.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 5700.00

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 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 6: GMR-MASCARAOXADUL- MASCARA OXIGENO ADULTO

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 7000.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 7000.00

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),

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:
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 Capitulo 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: KR MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 12000.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 12000.00

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 Capitulo 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 8: KR -MASCARA MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 78130.00

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	78130.00	

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.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	4,326,030.00
VALOR GLOSADO :	239430.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	239430.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308200	**No.**	198229	**Siniestro**	90752029	**No. Factura**	FEC164328
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	04/07/2024	**Fecha aviso**	10/07/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**Póliza**	811492280	**Vigencia**	18/07/2023 **hast** 17/07/2024
Id tomador	1075290652	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	1003916420	**Nombre**	JUAN MANUEL GARCIA QUESADA				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO 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,CURACION, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	649,000	0	649,000
1	15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MÁS DE TRES O UNA EXTENSA DE MÁS DE 10 CMS)		100%	215,600	0	215,600
1	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08		100%	127,300	0	127,300
1	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08		100%	56,500	0	56,500
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	77702	INSUMOS	EE.NO SE RECONOCE HUMIDIFICADOR $9500NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. NO SE SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) ALGODON 6X5$4700 EE. NO SE SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5). ELASTICA 6X5 $5700 EE. NO SE RECONOCE MASCARA OXIGENO$7000 NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. EE. MASCARA FACIAL $12000 NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. EE. MASCARA LARINGEA $78130		120,030	117,030	3,000

1001	Cobrado	4,326,030
1002	Obj. Parcial	239,430
1003	Liquidado	4,086,600

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 8 de 02 de 2025 a las 08:18:22 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164328

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
eea71c0096bc6f2ac031e80f74324409548f3fac365e0d265d34e7358014ae7e5454adbfb761346a07d43e452c2d96c1

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4326030

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-23 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
490ccb01bc0ff11ab09621feafa465c3205aeabef2ff768acf0333e8b56c2d021a1bab9978ca2b5513179c8731701840

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-23 05:24:13.000 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 8 de 02 de 2025 a las 08:18:22 AM
Página: 2

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164328

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
eea71c0096bc6f2ac031e80f74324409548f3fac365e0d265d34e7358014ae7e5454adbfb761346a07d43e452c2d96c1

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
26b18bd8fbdef35bd2767a7f40eaae9b690e47c6061a7f34cc4f46086bf67e0c1f8be04e16c4882c8393969b4294c525

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-23 05:29:00.000 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:
9f8010564a97ac313f88912b9eb8c02e7531170594974a3c6b0f9f30591d4aa31444b5a2a05b2be0748bb587c612ed40

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 12:31:55.000 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

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. FEC164328

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-23 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
eea71c0096bc6f2ac031e80f74324409548f3fac365e0d265d34e7358014ae7e5454adbfb761346a07d43e452c2d96c1

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
62c18736fd6edbf055e0da23e43c9766c629b64ea0d636d1b3828f938238b4a248dba56f28bd47900db2dfd27f20936f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-28 12:32:15.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.27	11:22:01	2024.10.27

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64431

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 180889,181241,181644

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.06.05 - 07:43	2024.06.19 - 17:16

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 83091626 BUSTOS LOSADA ELIECER
EDAD : 44 Años
DIRECCION: VEREDA LA VEGA CAMPOALEGRE
TELEFONO: 3103385395

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
3441	REDUCCION FRACTURA ABIERTA HUESOS PROPIOS	19-Jun-2024	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	RIL	1	241,900	241,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	19-Jun-2024	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	158,100	158,100
39207	GRUPO 05	19-Jun-2024	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	431,600	431,600
39302	GRUPOS 04 05 06	19-Jun-2024	39302	1		100.0%	4-MATERIAL	CLF	1	176,500	176,500
	2i=Via,#R,=Ciruj										
3430	SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA)	19-Jun-2024	39010	7	12	50.00%	1-CIRUJANO	RIL	1	405,200	405,200
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	19-Jun-2024	39110	7	12	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	236,000	236,000
39123	GRUPO 12	19-Jun-2024	39123	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	110,600	110,600
39214	GRUPO 12	19-Jun-2024	39214	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	649,500	649,500
39304	GRUPOS 10 11 12 13	19-Jun-2024	39304	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	486,800	486,800
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
	ESTILETE PARA INTUBACION NO.14								1	0	0
	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA BIOLIFE								1	0	0
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
935100	VENDA YESO DE 4X5								1	8,600	8,600
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								2	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								5	0	0
010101	SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG								1	4,700	4,700
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								3	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
128705	TUBO ENDOTR NO. 7.5 CON BALON SUM-MED								1	17,600	17,600

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DE COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPE... NIT. 800.110.181

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: ...023-02-27 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hast... -00080000 AUTORIZA

Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308201

Cufe: cc842a78cd73ba253300de6e022a6a2d4a7c06c7494865cff4fbaefc054a2b7e805dfd9d1fdcd468a7189d85f30619

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

41

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 ,2024.09.27	11:22:01	2024.10.27

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64431

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

VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 180889,181241,181644
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2024.06.05 - 07:43
FEC-HORA EGRESO: 2024.06.19 - 17:16

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 83091626 BUSTOS LOSADA ELIECER
EDAD : 44 Años
DIRECCION: VEREDA LA VEGA CAMPOALEGRE
TELEFONO: 3103365395

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
3441	REDUCCION FRACTURA ABIERTA HUESOS PROPIOS	19-Jun-2024	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	RIL	1	241,900	241,900
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	19-Jun-2024	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	158,100	158,100
39207	GRUPO 05	19-Jun-2024	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	431,600	431,600
39302	GRUPOS 04 05 06	19-Jun-2024	39302	1		100.0%	4-MATERIAL	CLF	1	176,500	176,500
	2I=Via,#R,=Ciruj										
3430	SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA)	19-Jun-2024	39010	7	12	50.00%	1-CIRUJANO	RIL	1	405,200	405,200
39110	SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO	19-Jun-2024	39110	7	12	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	236,000	236,000
39123	GRUPO 12	19-Jun-2024	39123	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	110,600	110,600
39214	GRUPO 12	19-Jun-2024	39214	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	649,500	649,500
39304	GRUPOS 10 11 12 13	19-Jun-2024	39304	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	486,800	486,800
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								2	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
	ESTILETE PARA INTUBACION NO.14								1	0	0
	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA BIOLIFE								1	0	0
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
936100	VENDA YESO DE 4X5								1	8,600	8,600
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								2	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								5	0	0
010101	SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG								1	4,700	4,700
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								3	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
126705	TUBO ENDOTR NO. 7.5 CON BALON SUM-MED								1	17,600	17,600

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: cc842a78cd73ba253300de6e022a6a2d4a7c06c7494865cff4fbacfc054a2b7e805dfd9d462ac4a468a7189d85f30619

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

41

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 ,2024.09.27	11:22:01	2024.10.27

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64431

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								6	0	0
19996775-01	ISODINE SOLUCION								120	0	0
20072004-01	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	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								1	0	0
19924285-48	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC EGAR.								120	0	0
19987766-01	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19930890-01	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19960016-02	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	0	0
20006845-07	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								120	0	0
19975402-01	SEVORANE 250 ML								120	0	0
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2024.06.19	903825						1	19,800	19,800
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2024.06.19	902208						1	34,300	34,300
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2024.06.19	903841						1	20,700	20,700
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2024.06.19	902045						1	49,900	49,900
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2024.06.19	902049						1	48,500	48,500
OTROS											
25102	ELECTROCARDIOGRAMA	2024.06.19	895100	RIL					1	67,800	67,800
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2024.06.19	890202	RIL					1	61,200	61,200
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2024.06.19	890202	JHT					1	61,200	61,200
39141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	2024.06.05	890201	MJJ					1	49,400	49,400
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.06.12	890302	RIL					1	71,500	71,500

VALOR BRUTO:	3,442,900	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,442,900

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.27 11:23:00 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: cc842a78cd73ba253300de6e022a6a2d4a7c06c7494865cff4fbacfc054a2b7e805dfd9d462ac4a468a7189d85f30619

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

40

FACTURA:	64431
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,264,700
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 2,178,200
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64431

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
BUSTOS	LOSADA

1er.Nombre	2do.Nombre
ELIECER	

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 83091626

De: 41132 Fecha de Nacimiento: 04/09/1980 Sexo: F [X] M O

Direccion: VEREDA LA VEGA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3103365395

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132

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 9 CON CALLE 12

Fecha Evento/Accidente: 16/04/2024 Hora: 05:45

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA FCT25E, PIERDE LA ESTABILIDAD 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: YAMAHA Placa: FCT25E

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 8120791000

Vigencia de la Poliza: Desde: 09/02/2024 Hasta: 08/02/2025

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

BUSTOS	LOSADA
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
ELIECER	
1er.Nombre	2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento 83091626

Direccion: VEREDA LA VEGA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Telefono: 3103365395 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

BUSTOS	LOSADA
1er.Apellido	2do.Apellido
ELIECER	
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE — No. Documento 83091626

Direccion: VEREDA LA VEGA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3103365395

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132

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: 05/06/2024 a las 07:43

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S022 FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ

Diagnostico definitivo de Ingreso
S022 FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ

Diagnostico relacionado de Ingreso
J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

Fecha de Egreso: 19/06/2024 a las 17:16

Diagnostico presuntivo de Egreso
J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

Diagnostico definitivo de Egreso
S022 FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ

Diagnostico relacionado de Egreso

JESUS	ANTONIO
1er.Apellido del Medico o Profesional tratante	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante

Tipo Documento [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento 1118849376

Número de Registro de Medico 1118849376

43

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	3442900	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. 64516

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER

DOC.IDENT:	CC 83091626	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	1980.09.04	EDAD:	44 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3103365395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE INGRESO: 2024.06.05 — HORA DE INGRESO: 07:43
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.06.19 — HORA DE EGRESO: 17:16
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S022 - FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ
CONFIRMADO: S022 - FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ
RELACIONADO1: J342 - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.06.05-08:32:43 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HISMEDGEN

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO PLACA NUMERO FCT25E, PIERDE LA ESTABILIDAD DE LA MOTO POR MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES

" NECESITO VALORACION POR EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCURRE EL DE 16/04/2024 CON POSTERIOR FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES, REFIERE FUE VALORADO POR EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EL 17/04/224 QUIEN LO CITA EL 23/04/2024 PARA NUEVA VALORACION, SIN EMBARGO COMENTA QUE POR SITUACION DE INDOLE ADMINISTRATIVO DE LA INSITITUCION NUNCA SE DIO LA SEGUNDA CITA, ADEMAS REFIERE QUE EN EL SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD NO HICIERON IMAGENES. EXPRESA QUE SE ABURRIO DE ESPERAR LA ASIGNACION DE CITA MOTIVO QUE LO TRAE A NUESTRA INSTITUCION PARA DARLE CONTINUIDAD A LA ATENCION.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 126/78 FC: 87 FR: 20 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
CON EVIDENCIA DE DEFOMIDAD EN TABIQUE NASAL Y DOLOR A LA PALPACION DE HUESOS PROPIOS NASALES.
<<CUELLO>>
NORMAL
<<TORAX>>
NORMAL
<<PULMON>>
NORMAL
<<CARDIOVASCULAR>>
NORMAL
<<ABDOMEN>>
NORMAL

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64516

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER

DOC.IDENT:	CC 83091626	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	1980.09.04	EDAD:	44 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3103365395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

<<GENITOURINARIO>>
NORMAL
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
NORMAL
<<OSTEOMUSCULAR>>
NORMAL
<<NEUROLOGICO>>
NORMAL
<<VASCULAR PERIFERICO>>
NORMAL
<<ESFERA MENTAL>>
NORMAL
<<PIEL>>
NORMAL
<<OTROS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA TAC DE CARA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL CON EL SERVICIO DE OTORRIOLARINGOLOGIA (DRA. ROCIO LUNA)
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** CONDUCTA:
PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCURRE EL DE 16/04/2024 CON POSTERIOR FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES Y HERIDA EN DORSO NASAL, REFIERE FUE VALORADO POR EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EL 17/04/224 QUIEN LO CITA EL 23/04/2024 PARA NUEVA VALORACION, SIN EMBARGO COMENTA QUE POR SITUACION DE INDOLE ADMINISTRATIVO DE LA INSITITUCION NUNCA SE DIO LA SEGUNDA CITA, ADEMAS REFIERE QUE EN EL MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD (CLINICA BELOHORIZONTE) NO HICIERON IMAGENES. EXPRESA QUE SE ABURRIO DE ESPERAR LA ASIGNACION DE CITA MOTIVO QUE LO TRAE A NUESTRA INSTITUCION PARA DARLE CONTINUIDAD A LA ATENCION. AL EXAMEN FISICO CON DEFORMIDAD EN HUESOS PROPIOS NASALES CON DIFICULTAD A LA INSPIRACION MOTIVO POR EL QUE SE SOLICITA VALORACION POR EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.05-08:42:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.12-18:01:28 MEDICO: / (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)***

38

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64516

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER

DOC.IDENT:	CC 83091626	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	1980.09.04	EDAD:	44 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3103365395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIAD DE CONDUCTOR DE MOTO ELDIA 16/04/2024

ENFERMEDAD ACTUAL

REFIERE DEFORMIDAD Y OBSTRUCCION NASAL PERMANENTE
POR FRACTURA HUESOS PROPIOS
MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NEG

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/60 FC: 76 FR: 18 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, IMPACTACION DE SEPTUM NASAL A LA DERECHA
DEIFICIT VENTILATORIO

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
TAC DE CARA: SE EVIDENCIA FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES, CON SEPTOESVIACION Y LATERORRINEA IZQ.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA IV
PT
KPTT
GLICEMIA
CREATININA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

ELECTROCARDIOGRAMA

*** FECHA: 24.06.12-18:10:25 MEDICO: / (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
PACIETNE CON DEFORMIDAD SEPTONASAL SEVER POS TRAUMA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64516

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER

DOC.IDENT:	CC 83091626	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	1980.09.04	EDAD:	44 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3103365395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

FRACTURA HUESOS PROPIOS
SE PROGRAMA REDUCCION ABIERTA FRACTURA HUESOS PROPIOS
SEPTOPLASTIA
PREQXS-
PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: PROGRAMACION CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.12-18:10:25 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.19-14:27:41 MEDICO: / (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 132/76 FC: 84 FR: 17 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, IMPACTACION DE SEPTUM NASAL A LA DERECHA
DEIFICIT VENTILATORIO

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 13:05
PASAR A SALAS DE CIRUGIA

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEU: 6.67 NEU: % HGB: 15.5 HCT: 43.5 PLQ: 448 (NORMAL)
PT: 14.3 PTT:36.0 INR: 1.11 (NORMAL)
CREATININA: 0.7 (NORMAL)
GLICEMIA: 106 (NORMAL)
EKG: RITMO INUSAL, SIN ONDAS DE CORRIENTE DE LESION.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2GR IV ANTES DE LA CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75MG IV AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64516

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER

DOC.IDENT:	CC 83091626	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	1980.09.04	EDAD:	44 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3103365395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: BOLO DE 500CC, COTINUAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.06.19-14:28:01 MEDICO: / (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)*

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORL

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.19-14:27:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 24.06.19-14:28:37 MEDICO: / (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 132/76 FC: 84 FR: 17 TEMP: 36.2

** EXASMEN FISICO:
LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, IMPACTACION DE SEPTUM NASAL A LA DERECHA
DEIFICIT VENTILATORIO

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 13:06
PASAR A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 24.06.19-14:56:15 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. 64516

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER

DOC.IDENT:	CC 83091626	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	1980.09.04	EDAD:	44 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3103365395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EVOLUCION:
PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE LA NARIZ MAS SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL. S E ORDENA ANALGESIA POP

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 8 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

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: 70 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: 24.06.19-17:10:49 MEDICO: / (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)***

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 15:00 / 17:00 DURACION: 02:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REDUCCION FRACTURA ABIERTA HUESOS PROPIOS VIA: 1 MEDICO: ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ
SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA) VIA: 1 MEDICO: ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ

No. DESCRIPCION: 18548
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
IMPACTACION DE SEPTUM NASAL DERECHA, CRESTA BASAL OBSTRUCTIVA, LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIEDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA CICATRIZ EN DORSO NASAL VERTIENTE DERECHA,
FRACTURA CONMINUTA HUESOS PROPIOS

DESCRIPCION QUIRURGICA:
BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA Y ANTISEPSIA CAMPO OPERATORIO, INFILTRACION XYLOCAINA CON EPINEFRINA EN AREA A DISECAR SE REALIZA
INCISON HEMITRANSFIXIANTE DERECHA, DISECCION DE TUNEL ANTEROPOSTERIOR IZQUIERDA. CONDROTOMIA BASALY VERTICAL, RESECCION CRESTA OSEA CON CINCEL,

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64516

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER

DOC.IDENT:	CC 83091626	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	1980.09.04	EDAD:	44 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3103365395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DISECCION TUNEL DORSO, OSTEOTOMIAS LATERALES BAJAS Y PARAMEDIANAS
CON REDUCTOR HUESOS PROPIOS SE LEVANTA PIRAMIDE NASAL Y SE REDUCE FRACTURA
CIERRE INCISON CON VICRYL 4.0 PUNTOS DE COAPTACION SEPTAL
LAMINAS PARASEPTALES SE FIJAM SEDA 4.0
TAPONAMIENTO ANTERIOR,. VENDAJE BLANDO Y FERULA EN DORSO
SANGRADO ESCASO
FIN DE PROCEDIMIENTO

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.06.19-17:17:54 MEDICO: / (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)*

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION POSTOPERATORIA POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA, CITA DE CONTOL POR LA CONSULTA EXTERNA, RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

RETIRO DE TAPONES NASALES PROXIMO VIERNES 21/06/2024 CONSULTORIO OTORRINO DRA ROCIO LUNA- CALLE 9 #5-52, PASAJE SAN FRANCISCO INT 105 CONFIRMAR CITA 3184472679

***RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
REPOSO
DIETA CORRIENTE
HIELO EN CARA DURANTE 2 DIAS
CONTINUAR CON CALOR LOCAR
CAMBIO DE GASA NASAL A NECESIDAD
NO ESFUERZO FISICO
DESPUES DE RETIRAR TAPONES NASALES INICIAR IIRIGACION CON SUERO FISIOLOGICO NASAL CADA 8 HORAS
SI PRESENTA HEMORRAGIA, FIEBRE, DOLOR FACIAL SEVERO, CONSULTAR URGENCIAS CLINICA DE FRACTURAS

INCAPACIDAD LABORAL 15 DIAS

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG, TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.....42
AMOXICILINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.....21
LORATADINA TAB X10MG, TOMAR 1 TAB EN LA NOCHE POR 10 DIAS ----------10
SOLUCION SALINA NORMAL 0.9%, PARA LAVADOS NASALES ----------1

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 64516

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER

DOC.IDENT:	CC 83091626	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA LA VEGA		
FCHA.NACTO:	1980.09.04	EDAD:	44 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3103365395
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CONSULTA EXTERN OTORRINO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.19-17:16:46 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S022 - FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ		
RELACIONADO 1: J342 - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL		
RELACIONADO 2: Z540 - CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA		

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

Rocío Isabel Luna Flórez
Medicina General
R.M. 13427/89 Huila

DR@. ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ
REG. MED: 13427/89

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 18548

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -181644 Fecha 19/06/24

Nombre Paciente: BUSTOS LOSADA ELIECER 83091626 Edad: 43 Sexo: M

Hora inicio 15:00 Hora fin: 17:00 Duraci¾n: 02:00 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: RIL- ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S022-FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ	1. S022-FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ
2. J342-DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	2. J342-DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
3441	REDUCCION FRACTURA ABIERTA HUESOS PROPIOS	RIL	1 - 1i Interv 100%
3430	SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA)	RIL	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:
IMPACTACION DE SEPTUM NASAL DERECHA, CRESTA BASAL OBSTRUCTIVA, LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIEDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA CICATRIZ EN DORSO NASAL VERTIENTE DERECHA, FRACTURA CONMINUTA HUESOS PROPIOS

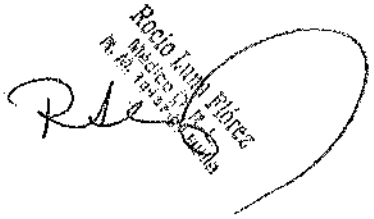
DESCRIPCION QUIRURGICA:
BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA Y ANTISEPSIA CAMPO OPERATORIO, INFILTRACION XYLOCAINA CON EPINEFRINA EN AREA A DISECAR SE REALIZA
INCISON HEMITRANSFIXIANTE DERECHA, DISECCION DE TUNEL ANTEROPOSTERIOR IZQUIERDA. CONDROTOMIA BASALY VERTICAL, RESECCION CRESTA OSEA CON CINCEL,
DISECCION TUNEL DORSO, OSTEOTOMIAS LATERALES BAJAS Y PARAMEDIANAS
CON REDUCTOR HUESOS PROPIOS SE LEVANTA PIRAMIDE NASAL Y SE REDUCE FRACTURA
CIERRE INCISON CON VICRYL 4.0 PUNTOS DE COAPTACION SEPTAL
LAMINAS PARASEPTALES SE FIJAM SEDA 4.0
TAPONAMIENTO ANTERIOR,. VENDAJE BLANDO Y FERULA EN DORSO
SANGRADO ESCASO
FIN DE PROCEDIMIENTO

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

83091626

ADMISION N_: 181644

NOMBRE: BUSTOS LOSADA ELIECER **Num. Id-:** CC 83091626

FECHA NACIMIENTO: 1980.09.04 **EDAD:** 43 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2024.06.19 **HORA DE INGRESO:** 14:27:41 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.19 14:27

DIRECCION: VEREDA LA VEGA **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3103365395

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2024.06.19

<< REGISTRO: 14:27:41 >> (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)

MOTIVO DE LA ATENCION:

TIPO DE CONSULTA: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA

MOTIVO CONSULTA CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** IMPRESION DIAGNOSTICA

"PARA LA CIRUGIA"

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--->><<2024.06.19-15:01:59>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 181644

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: 3 HERNIORRAFIAS (UMBILICAL E INGUINAL BILATERAL)

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 132/76 **FC:** 84 **FR:** 17 **Tmp:** 36.2 **PESO:** **TALLA:**

EXAMEN FISICO

LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, IMPACTACION DE SEPTUM NASAL A LA DERECHA
DEIFICIT VENTILATORIO

** 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

83091626

ADMISION N_: 181644

NOMBRE: BUSTOS LOSADA ELIECER **Num. Id-:** CC 83091626
FECHA NACIMIENTO: 1980.09.04 **EDAD:** 43 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2024.06.19 **HORA DE INGRESO:** 14:27:41 **Fecha/Hora de registro:** 2024.06.19 14:27
DIRECCION: VEREDA LA VEGA **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3103365395
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:**
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S022 FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

EVOLUCION
NOTA RETROSPECTIVA 13:05
PASAR A SALAS DE CIRUGIA

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES
HEMOGRAMA: LEU: 6.67 NEU: % HGB: 15.5 HCT: 43.5 PLQ: 448 (NORMAL)
PT: 14.3 PTT:36.0 INR: 1.11 (NORMAL)
CREATININA: 0.7 (NORMAL)
GLICEMIA: 106 (NORMAL)
EKG: RITMO INUSAL, SIN ONDAS DE CORRIENTE DE LESION.

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2GR IV ANTES DE LA CIRUGIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75MG IV AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: BOLO DE 500CC, COTINUAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

<< REGISTRO: 14:28:01 >> (DR(A). RIL - ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ - C.C. 39011873 - REG. MEDICO: 13427/89 - OTORRINO-LARINGILOGIA)

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORL

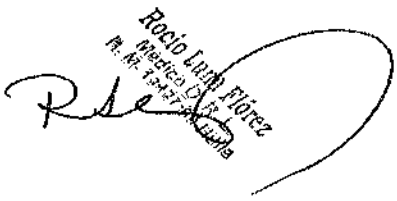
FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.06.19-14:27:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** ORL

FECHA DE EGRESO: 2024.06.19 **HORA DE EGRESO:** 14:27:52 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. ROCIO ISABEL LUNA FLOREZ
Registro Medico: 13427/89

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_ : 181644 - 10000

NOMBRE: BUSTOS LOSADA ELIECER C.C. -TI-RC-OTRO 83091626

EDAD: 43 A FECHA DE NACIMIENTO: 1980.09.04 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA LA VEGA TELEFONO: 3103365395

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

FECHA: 2024.06.19 **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:** SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VIA ABIERTA MAS REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE LA N

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2024.06.19-15:01:59>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 181644

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: 3 HERNIORRAFIAS (UMBILICAL E INGUINAL BILATERAL)

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 127/68 **FC:** 79 **FR:** 20 **PESO:** 65 **TEMPERATURA:** 37

CABEZA:
EDEMA, DEFORMIDAD, DESVIACION Y OBSTRUCCION DE NARIZ Y TABIQUE NASAL POR TRAUMATISMO DE CARA

ORL: Mallampaty:
APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL. INCISIVOS INCOMPLETOS DEL LADO IZQ

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:
SIN ALTERACION

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:

27

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 181644 - 10000

NOMBRE: BUSTOS LOSADA ELIECER C.C. -TI-RC-OTRO 83091626

EDAD: 43 A FECHA DE NACIMIENTO: 1980.09.04 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA LA VEGA TELEFONO: 3103365395

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

DIAGNOSTICO: S022
FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ

PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL, ANALGESIA POP

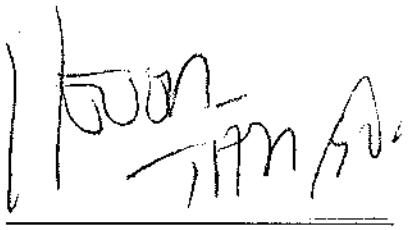
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2024.06.19 **HORA:** 13:10:52

SERVICIO: OTORRINO

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
Bucks	Jose d.	Efrain	980976

FECHA (Dia Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Dias)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
19 06 19	43	M	171	65	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.DIR.	PRO.TOT.	ALBUM				TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: X fractura de tibia izq

OPERACION PROPUESTA: Osteosintesis tibia izq = Reduccion abierta + fijacion

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

NO NO Hernia umbilical corregida

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA DIENTES CUELLO

IOT SI NO N N N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO Rel Bajo

	TIPO
+	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
+	GENERAL

RESUMEN Y PLAN: anestesia general + bloq anal y dren

ESTADO PSICOLOGO: Regular

SANGRE: NECESITA NO c.c. — PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Dorsal

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: 8:05

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA ← | REFLEJOS 4 | MOTILIDAD 4

RECUPERACION	OK
CONCIENCIA	OK
DIURESIS	OK
SENSIBILIDAD	OK
PIEL	Rosada - Hidratada

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

COMENTARIOS: INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE RECUPERACION BAJO ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES.

TOTALES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

HORA SALIDA Y MOTIVO: 9:05 Mejoria.

FIRMA

25

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

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 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, 3-Jul-2024 16:08:3

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 14:27
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	43 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
83091626 BUSTOS LOSADA ELIECER	1 NIVEL I		CAMPOALEGRE	VEREDA LA VEGA	3103365395

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.06.19	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LYC	1.00
2024.06.19	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LYC	1.00
2024.06.19	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LYC	120.00
2024.06.19	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	LYC	10.00
2024.06.19	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LYC	1.00
2024.06.19	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LYC	120.00
2024.06.19	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LYC	15.00
2024.06.19	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LYC	4.00
2024.06.19	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LYC	1.00
2024.06.19	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LYC	1.00
2024.06.19	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LYC	3.00
2024.06.19	LIF	AGUJA	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2	LYC	1.00
2024.06.19	BRA	SURURA	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	LYC	2.00
2024.06.19	WEL	TUBO	TUBO ENDOTR NO. 7.5 CON BALON SUM-MED	LYC	1.00
2024.06.19	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LYC	120.00
2024.06.19	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LYC	120.00
2024.06.19	SHE	SONDA	SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG	LYC	1.00
2024.06.19	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LYC	2.00
2024.06.19	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LYC	2.00
2024.06.19	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LYC	1.00
2024.06.19	GOL	ESTELITE	ESTILETE PARA INTUBACION NO.14	LYC	1.00
2024.06.19	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 4X5	LYC	1.00
2024.06.19	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LYC	3.00
2024.06.19	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LYC	5.00
2024.06.19	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LYC	1.00
2024.06.19	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LYC	2.00
2024.06.19	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LYC	2.00
2024.06.19	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LYC	2.00

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406190003

BUSTOS LOSADA ELIECER

202406190003

Documento	: CC83091626	Género	: Masculino	Sede	Servicio : CONSULTA EXTERNA
F. Nacimiento	: 1980-09-04	Edad	: 43 Años	Entidad : CLINICA DE FRACTURAS	
Dirección	:	Teléfono	: 3103365395	Municipio	
EPS				F. Ingreso : 2024-06-19 07:19:12 am	F. Impreso : 2024-06-19 09:57:54 am

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Hemograma IV			
Recuento de Leucocitos	6.67	x 10^3/ul	
Recuento de Globulos Rojos	4.76	x 10^6/ul	3.50 - 5.50
Hemoglobina	15.5	g/dl	11.0 - 15.0
Hematocrito	43.5	%	36.0 - 48.0
Volumen Corpuscular Medio	91.4	fl.	80.0 - 99.0
Hemoglobina Corpuscular Media	32.4	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.5	g/dl	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas	448	x 10^3/ul	150 - 450
Neutrofilos %	67.7	%	50.0 - 70.0
Linfocitos %	25.5	%	20.0 - 40.0
Monocitos %	5.4	%	1.0 - 8.0
Eosinofilos %	1.20	%	3.00 - 7.00
Basofilos %	0.20	%	0.00 - 1.00
Neutrofilos #	4.51	x 10^3/ul	2.00 - 7.80
Linfocitos #	1.70	x 10^3/ul	0.60 - 4.10
Monocitos #	0.37	x 10^3/ul	0.10 - 1.80
Eosinofilos #	0.08	x 10^3/ul	0.30 - 0.70
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul	0.00 - 0.10
Volumen Plaquetario Medio	7.6	fL	7.4 - 10.4
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	45.6	fL	39.0 - 46.0
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.3	%	11.5 - 14.5
PDW	15.4		
PCT	0.340	%	

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: Maria Salcedo
BACTERIOLOGA

BIOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.	106.0	mg/dl	74.0 - 106.0
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	0.7	mg/dl	0.7 - 1.3

Validado por: Maria Salcedo
BACTERIOLOGA

MARÍA GICELA RAMIREZ
IPS Laboratorio Clínico Especializado

202406190003

BUSTOS LOSADA ELIECER

202406190003

Documento	: CC83091626	Género	: Masculino	Sede	Servicio : CONSULTA EXTERNA
F. Nacimiento	: 1980-09-04	Edad	: 43 Años	Entidad	: CLINICA DE FRACTURAS
Dirección	:	Teléfono	: 3103365395	Municipio	
EPS				F. Ingreso	: 2024-06-19 07:19:12 am F. Impreso : 2024-06-19 09:57:54 am

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: Maria Salcedo
BACTERIOLOGA

COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA TP.	14.30	seg	11.30 - 18.30
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP.	36.00	seg	22.00 - 38.00
INR.	1.11		

Firma Digital: MARIA SALCEDO

Validado por: Maria Salcedo
BACTERIOLOGA

1072

21

DAVIVIENDA

Comprobante de Transacción
Fecha: 12/08/2024 12:08:38

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

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:

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

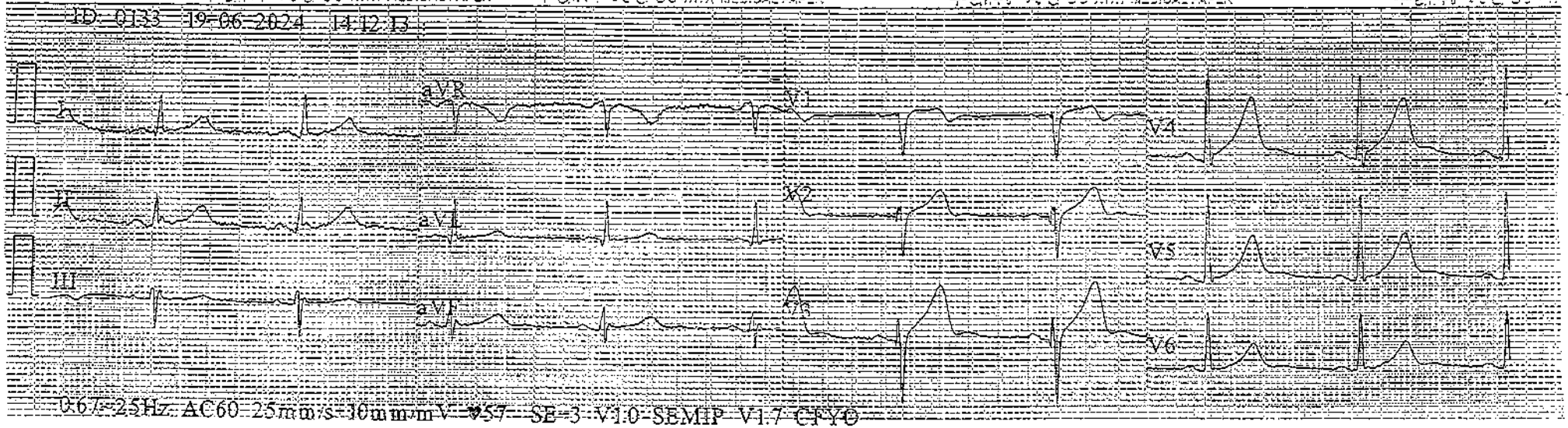
CRISTIAN JOHAN SILVA ACOSTA

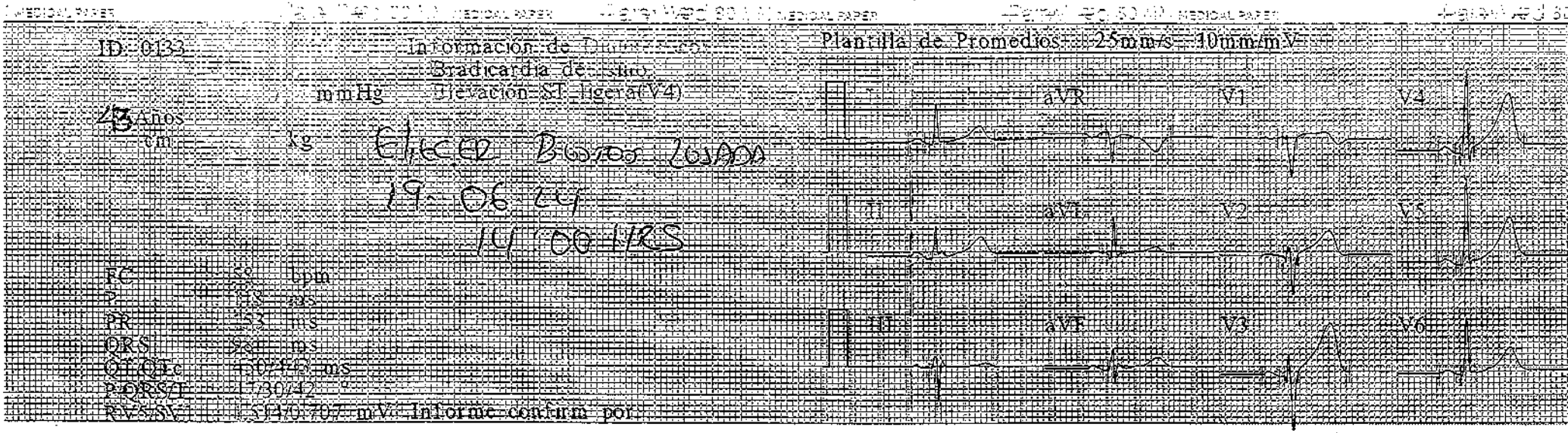
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	ACOSTA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406110007	CLINICA DE FRACTURAS	1007258686	CRISTIAN	JOHAN	SILVA	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

202406180057	CLINICA DE FRACTURAS	1014213724	YULI	FERNANDA	ARENAS	GUTIERREZ	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
202406180057	CLINICA DE FRACTURAS	1014213724	YULI	FERNANDA	ARENAS	GUTIERREZ	CC	F	UROANALISIS	$ 21,900
MARCELA AROCA VARGAS										
202406180061	CLINICA DE FRACTURAS	1081154425	MARCELA		AROCA	VARGAS	CC	F	NITROGENO UREICO	$ 16,500
202406180061	CLINICA DE FRACTURAS	1081154425	MARCELA		AROCA	VARGAS	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406180061	CLINICA DE FRACTURAS	1081154425	MARCELA		AROCA	VARGAS	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406180061	CLINICA DE FRACTURAS	1081154425	MARCELA		AROCA	VARGAS	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406180061	CLINICA DE FRACTURAS	1081154425	MARCELA		AROCA	VARGAS	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406180061	CLINICA DE FRACTURAS	1081154425	MARCELA		AROCA	VARGAS	CC	F	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
ELIECER BUSTOS LOSADA										
202406190003	CLINICA DE FRACTURAS	83091626	ELIECER		BUSTOS	LOSADA	CC	M	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406190003	CLINICA DE FRACTURAS	83091626	ELIECER		BUSTOS	LOSADA	CC	M	Hemograma IV	$ 34,300
202406190003	CLINICA DE FRACTURAS	83091626	ELIECER		BUSTOS	LOSADA	CC	M	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406190003	CLINICA DE FRACTURAS	83091626	ELIECER		BUSTOS	LOSADA	CC	M	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406190003	CLINICA DE FRACTURAS	83091626	ELIECER		BUSTOS	LOSADA	CC	M	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19,800
DIANA MILENA MENESES MUÑOZ										
202406190012	CLINICA DE FRACTURAS	26422616	DIANA	MILENA	MENESES	MUÑOZ	CC	F	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20,700
202406190012	CLINICA DE FRACTURAS	26422616	DIANA	MILENA	MENESES	MUÑOZ	CC	F	Hemograma IV	$ 34,300
202406190012	CLINICA DE FRACTURAS	26422616	DIANA	MILENA	MENESES	MUÑOZ	CC	F	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 49,900
202406190012	CLINICA DE FRACTURAS	26422616	DIANA	MILENA	MENESES	MUÑOZ	CC	F	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	$ 48,500
202406190012	CLINICA DE FRACTURAS	26422616	DIANA	MILENA	MENESES	MUÑOZ	CC	F	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***

1079


ID: 0133 19-06-2024 14:12:13
I
aVR
V1
V4
II
aVL
V2
V5
III
aVF
V3
V6
0.67-25Hz AC60 25mm/s 10mm/mV V57 SE-3 V1.0-SEMP V1.7 CFYO


ID: 0133
Información de Diagnóstico
Bradicardia de sinus
mmHg Elevación ST ligera(V4)
Años
m
kg
Plantilla de Promedios 25mm/s 10mm/mV
aVR
V1
V4
aVL
V2
V5
aVF
V3
V6
FC
P
PR
QRS
QT/QTc
P/QRS/T
RV5/SV1
Informe confirm por

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 05 JUNIO 2024

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo ELIECER BUSTOS LOSADA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No 83091626, 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 05/06/2024 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

Eliecer Bustos

Firma
Nombre: ELIECER BUSTOS LOSADA
c.c. 83091626

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 DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	83091626				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	ELIECER BUSTOS LOSADA		Identificación:	83091626	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	04/septiembre/1980 Edad:	43 Años - 7 Meses - 11 Dias	Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	VEREDA LA VEGA		Teléfono:	3103365395	
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:	UNO	
DATOS DEL INGRESO	FOLIO N° 5		(Fecha: 16/04/2024 06:55 a. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	792420	Fecha: 16/04/2024 6:06:08 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Accidente_de_Transito	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI REINGRESO DE PACIENTE NO

INICIO DE ATENCION 16/04/2024 06:46 a. 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

ME ACCIDENTE

Enfermedad Actual

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 16/04/2024 SOBRE LAS 05+45 HORAS APROXIMADAMENTE EN EL SECTOR DE CARRERA 9- CALLE 12 EQUINA, TRAS PERDER LA ESTABILIDAD DEL VEHICULO, PRESENTANDO CONTUSION EN REGION FACIAL SOBRE PUENTE NASAL CON DEFORMIDAD Y HERIDA DE APROX 7 MM CON SANGRADO, ADEMAS DE CONTUSION EN REGION MAXILAR SUPERIOR DERECHA CON ABRASION, REFIERE TAMBIEN CONTUSIUON EN RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA CON ABRASIONES Y SANGRADOS, CON LEVE RESTRCCION PARA EL APOYO, NIEGA PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO APORTA OTROS.
SE REALIZA EXAMEN FISICO A PACIENTE PREVIO PROTOCOLO DE SEGURIDAD CON IMPLEMENTO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD

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

NO APORTA

Otros Sistemas

NO APORTA

Signos Vitales

Sistólica	136,00 mmHg	Diastólica	70,0000	FC	78,00 L*m	FR	18,00 R*m
Temperatura	36,30 °C	Talla	168,00 m	IMC	23,03 Kg/m2	Glasgow	15,00 /15
SaO2	98 %	Peso	65,00 kg	Dextrometer			

DESCRIPCIÓN EXÁMEN FISICO

Aspectos Generales	REGULARES	
Cabeza y cuello	ANORMAL	DEFORMIDAD EN PUENTE NASAL CON DESVIACION HACIA LA IZQUIERDA, HERIDA DE 7 MM CON ESTIGMA DE SANGRADO, DOLOR LOCAL. EDEMA EN REGION MAXILAR SUPERIOR DERECHA EN PORCION DE LABIO CON ESCORIACION SUPERIFICIAL Y RESTOS DE TIERRA
Ojos	NORMAL	
Otorrinolarigologia	NORMAL	
Cardiovascular	NORMAL	
Pulmonar	NORMAL	

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

oria Clínica:	83091626				
S PERSONALES					
e Paciente:	ELIECER BUSTOS LOSADA				
Nacimiento:	04/septiembre/1980	Edad:	43 Años - 7 Meses - 11 Días	Identificación:	83091626 Sexo: Masculino
ción:	VEREDA LA VEGA			Estado Civil:	Soltero
cedencia:	CAMPOALEGRE			Teléfono:	3103365395
				Ocupación:	
ATOS DE AFILIACIÓN					
ntidad:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT				
Plan Beneficios:	LA EQUIDAD SEGUROS O.C SOAT			Régimen:	Regimen_Simplificado
DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 5		Nivel - Estrato:	UNO
Responsable:				(Fecha: 16/04/2024 06:55 a. m.)	
Dirección Resp:				Teléfono Resp:	
Finalidad Consulta:	No_Aplica			N° Ingreso:	792420 Fecha: 16/04/2024 6:06:08 a. m
				Causa Externa:	Accidente_de_Transito

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI

REINGRESO DE PACIENTE NO

INICIO DE ATENCION 16/04/2024 06:46 a. m.)

Abdomen	NORMAL	
Tacto vaginal	NO APLICA	
Genitourinario	NORMAL	
Osteomuscular	NORMAL	
Exfremidades	ANORMAL	ABRASIONES SUPERFICIALES EN CODO IZQUIERDO. HERIDAS ABRASIVAS EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO MEDIAL PIERNA IZQUIERDA.CON DOLOR EN PORCION PATELAR
Piel	NORMAL	
Neurológico	NORMAL	
Tacto rectal	NO EXPLORADO	

Plan

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO TRAS PERDER LA ESTABILIDAD DEL VEHICULO, CON CONTUSION EN REGION FACIAL SOBRE PUENTE NASAL CON DEFORMIDAD Y HERIDA DE APROX 7 MM CON SANGRADO, ADEMAS DE CONTUSION EN REGION MAXILAR SUPERIOR DERECHA CON ABRASION, REFIERE TAMBIEN CONTUSIUON EN RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA CON ABRASIONES Y SANGRADOS, CON LEVE RESTRCCION PARA EL APOYO. EN EL MOMENTO CON LESIONES DESCRITAS, SE INDICA MANEJO ANALGESICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S012	HERIDA DE LA NARIZ	True	
S818	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA	False	
S810	HERIDA DE LA RODILLA	False	
T07X	TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	False	
V299	MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	False	

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Médicos	-
Médicos	-
Médicos	-
Médicos	-
Médicos	NO APORTA

MEDICAMENTOS

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
IDM0000117	CATETER N°18 (NIPRO)	1	
IDM000134	EQUIPO MACROGOTEO	1	
B05BB0102	SODIO CLORURO AL 9%X 500 CC	3	500 CC BOLO, CONTINUAR A 80 CC HROA
N02BB02	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLA	2	2 GR IV
J07AM01	TOXOIDE AMPOLLA	1	DU IM
IDM000130	JERINGA 10 CC	3	

EXAMENES

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
39305	MATERIALES DE CURACION Y SUTURA	1	

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

NOTAS ADICIONALES WEB

Nº Historia Clínica:	83091626				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	ELIECER BUSTOS LOSADA		Identificación:	83091626	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	04/septiembre/1980	Edad Actual: 43 Años - 7 Meses - 11 Días	Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	VEREDA LA VEGA		Teléfono:	3103365395	
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:	UNO	
DATOS DEL INGRESO	FOLIO N° 6		(Fecha: 16/04/2024 09:34 a. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	792420	Fecha: 16/04/2024 6:06:08 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

DESCRIPCION DE LA NOTA:

NOTA DE REVALORACION

PACIENTE DE 43 AÑOS, CON DX:

1) FX DE PUENTE NASAL
1.1 TRAMA FACIAL
2) ACCIDENTE DE TRANSITO
3) POLITRAUMATISMO DE PIERNA IZQUIERDA

S/REFIERE SENTIRSE MEJOR, CON MEJORIA DEL DOLOR EN REGION FACIAL Y EN LA PIERNA

O/BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, SIGNOS VITALES ESTABLES. 118/69MMHG FC 78 FR 20

CABEZA : ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA NARIZ CON DEFORMIDAD Y DOLOR A LA PALPACION DE PUENTE NASAL CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN YUGULAR.
TÓRAX: NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES SUBCOSTALES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES.
ABDOMEN: RUIDOS INTESTINALES NORMALES, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR <2 SEG. ESCORIACIONES EN RODILLA IZQ
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGEOS

PARACLINICOS:

RX DE RODILLA Y TOBILLO CON RELAICONES ARTICULARES CONSERVADAS SIN DEFORMIDAD NO HAY TRAZOS DE FRACTURA
RX DE NARIZ CON TRAZO DE FRACTURA EN HUESO NASAL

ANALISIS

PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA CON POLITRAUMATOSMO EN HEMICUERPO IZQUIERDO ASI COMO TRAUMA FACIAL CON MARCADA DEFORMIDAD DE PUENTE NASAL EN QUIEN SE ORDENA VALORACION POR ORL YA QUE PRESNETA FRC DE HUESO NASAL SE EXPLICAN MEDIDAS A SEGUIR

PLAN

VALORACION POR ORL

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S022	FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ	True	

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Médicos	-
Médicos	-
Médicos	-
Médicos	-
Médicos	NO APORTA

MEDICAMENTOS			
Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
N02BB02	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLA	2	2 GR IV
IDM000130	JERINGA 10 CC	3	
B05BB0102	SODIO CLORURO AL 9%X 500 CC	3	500 CC BOLO, CONTINUAR A 80 CC HROA

INDICACIONES MEDICAS			
Tipo	Detalle Indicación	Condiciones	Requiere Cama
Remision	PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA CON POLITRAUMATOSMO EN HEMICUERPO IZQUIERDO ASI COMO TRAUMA FACIAL CON MARCADA DEFORMIDAD DE PUENTE NASAL EN QUIEN SE ORDENA VALORACION POR ORL YA QUE PRESNETA FRC DE HUESO NASAL SE EXPLICAN MEDIDAS A SEGUIR		☐

SS VALORACION EN III NIVEL POR ORL POR FX DE HUESO NASAL

Medico: NAVARRO ARDILA JAIME ANDRES
No. Documento: 1014199767
Tarjeta Profesional: 1014199767

CLINICA BELO HORIZONTE S A S

Nit: 900.215.983-3

Epicrisis

NOMBRE DEL PACIENTE BUSTOS LOSADA ELICCER — Admisión: 98911

Tipo Documento:	CC CE PA RC TI ASI MSI	No.: 83.091.626	No. H.C. 83091626
Fecha nacimiento:	Sep.04/1980	Edad: 43 Años	Sexo: Masculino
Dirección:	CAMPOALEGRE	Télefono: 3103365395	Ciudad: CAMPOALEGRE
Entidad Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC		Etnia:
CENTRO DE ATENCIÓN:	10110 URGENCIAS		

SERVICIO DE INGRESO: Hosp. Directa: X Cirugía: Urgencias: Viene referido: X Institución:

FECHA ATENCION: 16 | 04 | 2024 (dd/mm/aaaa) HORA: 16:37 (hh:mm) Fecha Evento: Abr.16/2024 Hora: 06:06

ANTECEDENTES MÉDICOS:

ORGANOS Y SISTEMAS: mg/dl

DIAGNOSTICOS: Confirmado nuevo

Diagnostico Principal V299 MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

EVOLUCION

Abr 16/2024 16:37

Cama 1a1 nota de ingreso motivo de consulta: ¿remitido para valoracion por servicio de servicio de otorrino¿ enfermedad actual paciente masculino de 43 años de edad, quien sufre accidente de transito, con posterior traumatismo facial, con herida en dorso nasal, desviacion de tabique nasal, sin aparente perdida del estado de conciencia, con dolor y leve dificultad para la respiracion, por lo que consulta a primer nivel donde recibe atencion inicial, donde refieren alta posibilidad de fractura, inician tramite de remision para valoracion por servicio de otorrinolaringologia, no refiere antecedentes antecedentes, patologicos: niega, farmacologicos: niega quirurgicos: niega alergicos: niega toxicologicos niega inmunologicos: niega

paciente en aceptables condiones generales, hidratado en el momento dolor regularmente modulado signos vitales: pa 113/68 mmhg fc 72 lp fr 19 rpm sat 99% al ambiente t: 36 -cabeza, pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, cuello movil no dolor a la movilizacion, en dorso nasal herida de aproximdamente 3 cm, con desviacion de tabique nasal. - torax: simetrico, expansible, ruidos respiratorios bilaterales sin agregados patologicos, dolor a la inspiracion profunda, sin dificultad respiratoria - cardiaco: ruidos cardiacos ritmicos. - abdomen: blando, depresible, dolor a la palpacion de flanco y fosa iliaca de lado izquierdo, - extremidades eutroficas, sin signos de movimiento comprometidos, heridas tipo escoriacion en ambas extremidades inferiores, pulsos distales conservados. -snc alerta, glasgow 15/15

analisis paciente masculino de 43 años de edad quien sufre accidente de transito, con posterior traumatismo facial con herida en dorso nasal, desviacion de tabique nasal, sin aparente perdida del estado de conciencia con dolor y leve dificultad para la respiracion, por lo que consulta a primer nivel donde recibe atencion inicial, donde refieren alta posibilidad de fractura, inician tramite de remision para valoracion por servicio de otorrinolaringologia, no refiere antecedentes al ingreso aceptables condiones generales, afebril, hidratado, al examen fisico en dorso nasal herida de aproximdamente 3 cm, con desviacion de tabique nasal por lo que se considera ingreso para valoracion inicial, por servicio de otorrinolaringologia, se explica a paciente quien refiere entender y aceptar. idx. - trauma facial - desviacion de tabique nasal - herida en dorso nasal accidente de transito

Plan:

plan: - hospitalizar - uso permanente de tapabocas - nada via oral - sss 0.9 % pasar a 80 cc hora - dipirona 2 gr iv cada 8 horas - omeprazol 40 mg iv cada 24 horas - cefazolina 1 gr iv cada 8 horas -ss valoracion por servicio de otorrino -protocolo institucionales -csv y ac

DIAGNOSTICOS

Diagnostico Principal V299 MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Aprobado por: Registro

JUAN SEBASTIAN CASTRO NAVIA Registro 1124857783
1124857783
MEDICINA GENERAL

CLINICA BELO HORIZONTE S A S

Nit: 900.215.983-3

Epicrisis

NOMBRE DEL PACIENTE BUSTOS LOSADA ELIECER — Admisión: 98911

Tipo Documento:	CC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI	No. 83.091.626	No. H.C. 83091626
Fecha nacimiento:	Sep.04/1980	Edad: 43 Años	Sexo: Masculino
Dirección:	CAMPOALEGRE	Télefono: 3103365395	Ciudad: CAMPOALEGRE
Entidad Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC		Etnia:
CENTRO DE ATENCIÓN:	10110 URGENCIAS		

EVOLUCION

Abr.17/2024 10:39

Cama: 131

informacion dada por el paciente: ::: nota de ori::: paciente masculino de 43 años, con diagnosticos de: trauma nasal, secundario a accidente de transito. subjetivo: con modulacion del dolor.
paciente en aceptables condiones generales, con signos vitales: pa: 120/70 mmhg fc: 76 lp fr: 18 rpm sat: 97% al ambiente t: 36.5 -cabeza: pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, cuello movil no dolor a la movilizacion. en dorso nasal herida de aproximdamente 3 cm, con desviacion de tabique nasal. - torax: simetrico, expansible, ruidos respiratorios bilaterales sin agregados patologicos, dolor a la inspiracion profunda, sin dificultad respiratoria - cardiaco: ruidos cardiacos rilmicos. - abdomen: blando, depresible, dolor a la palpacion de flanco y fosa iliaca de lado Izquierdo, - extremidades: eutroficas, sin arcos de movimiento comprometidos, heridas tipo escoriacion en ambas extremidades inferiores, pulsos distales conservados. -snc: alerta, glasgow 15/15
paciente masculino de 43 años, con trauma nasal, seguncario a accidente de transito, en el momento en aceptables condiciones generales, con estabilidad hemodinamica, afebril, hidratado, sin trabajo respiratorio, en aceptables condiciones generales, con edema de tejidos blandos, se considera dar salida con indicaciones de consultar el dia martes 23/04/24 por los servicios de urgencia, se explica a paciente.

Plan:

plan: - salida con: - acetaminofen tabl 500 mg vo, cada 6 horas - consulta el dia martes 23/04/24 por el servicio de urgencia - recomendaciones y signos de alarma

DIAGNOSTICOS

Diagnostico Principal V4.99 MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

Aprobado por: OSCAR IGNACIO GUTIERREZ CASTRO Registro 0271/91
OTORRINOLARINGOLOGIA

INDICACIONES:

- ACETAMINOFEN TABL 500 MG VO, CADA 6 HORAS
- CONSULTA EL DIA MARTES 23/04/24 POR EL SERVICIO DE URGENCIA
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

7

CLINICA BELO HORIZONTE S A S

Nit: 900.215.983-3

Epicrisis

NOMBRE DEL PACIENTE: BUSTOS LOSADA ELIECER — Admisión: 98911

Tipo Documento:	CC (X) CE PA RC TI ASI MSI	No. 83.091.626	No. H.C. 83091626
Fecha nacimiento:	Sep.04/1980	Edad: 43 Años	Sexo: Masculino
Dirección:	CAMPOALEGRE	Télefono: 3103365395	Ciudad: CAMPOALEGRE
Entidad Administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC		Etnia:
CENTRO DE ATENCIÓN:	10110 URGENCIAS		

EVOLUCIÓN

CONSULTA DE CONTROL AMBULATORIA

Señor Usuario recuerde que su cita ambulatoria debe solicitarla en las ventanillas de CENTRAL DE CITAS

6

CLINICA BELO HORIZONTE S A S

Nit: 900.215.983-3

EVOLUCIONES MEDICAS

Admisión: 98911

NOMBRE DEL PACIENTE	ELIECER BUSTOS LOSADA				
Tipo Documento:	Cédula	Documento:	83.091.626	Nº H.C.	83091626
Fecha nacimiento:	Sep.04/1980	Edad:	43 Años	Sexo:	Masculino
Dirección:	CAMPOALEGRE	Telefóno:	3103365395	Ciudad:	CAMPOALEGRE
Entidad administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC			Etnia:	
Número de Ficha:				Nivel:	Nivel 1

CENTRO DE ATENCIÓN: 10110 URGENCIAS

EVOLUCION MEDICA

Cama: 131

Abr.16/2024 16:37

INFORMACION DADA POR EL PACIENTE NOTA DE INGRESO MOTIVO DE CONSULTA: ¿REMITIDO PARA VALORACION POR SERVICIO DE SERVICIO DE OTORRINO¿ ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON POSTERIOR TRAUMATISMO FACIAL, CON HERIDA EN DORSO NASAL, DESVIACION DE TABIQUE NASAL, SIN APARENTE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CON DOLOR Y LEVE DIFICULTAD PARA LA RESPIRACION, POR LO QUE CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE RECIBE ATENCION INICIAL, DONDE REFIEREN ALTA POSIBILIDAD DE FRACTURA INICIAN TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, NO REFIERE ANTECEDENTES ANTECEDENTES: PATOLOGICOS: NIEGA. FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGICOS. NIEGA TOXICOLOGICOS: NIEGA INMUNOLOGICOS: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO EN EL MOMENTO DOLOR REGULARMENTE MODULADO SIGNOS VITALES: PA: 113/68 MMHG FC: 72 LP FR: 19 RPM SAT: 99% AI AMBIENTE T: 36 -CABEZA: PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CUELLO MOVIL NO DOLOR A LA MOVILIZACION. EN DORSO NASAL HERIDA DE APROXIMDAMENTE 3 CM, CON DESVIACION DE TABIQUE NASAL. - TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS BILATERALES SIN AGREGADOS PATOLOGICOS, DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA - CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. - ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION DE FLANCO Y FOSA ILIACA DE LADO IZQUIERDO, - EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIN ARCOS DE MOVIMIENTO COMPROMETIDOS, HERIDAS TIPO ESCORIACION EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES, PULSOS DISTALES CONSERVADOS. -SNC: ALERTA, GLASGOW 15/15

ANALISIS PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON POSTERIOR TRAUMATISMO FACIAL, CON HERIDA EN DORSO NASAL, DESVIACION DE TABIQUE NASAL, SIN APARENTE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CON DOLOR Y LEVE DIFICULTAD PARA LA RESPIRACION, POR LO QUE CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE RECIBE ATENCION INICIAL, DONDE REFIEREN ALTA POSIBILIDAD DE FRACTURA INICIAN TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, NO REFIERE ANTECEDENTES AL INGRESO ACPETABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, AL EXAMEN FISICO EN DORSO NASAL HERIDA DE APROXIMDAMENTE 3 CM, CON DESVIACION DE TABIQUE NASAL. POR LO QUE SE CONSIDERA INGRESO PARA VALORACION INCIIAL, POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. IDX: - TRAUMA FACIAL - DESVIACION DE TABIQUE NASAL - HERIDA EN DORSO NASAL - ACCIDENTE DE TRANSITO

PLAN: - HOSPITALIZAR - USO PERMANENTE DE TAPABOCAS - NADA VIA ORAL - SSN 0.9 % PASAR A 80 CC HORA - DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS - OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 24 HORAS - CEFAZOLINA 1 GR IV CADA 8 HORAS -SS VALORACION POR SERVICIO DE OTORRINO -PROTOCOLO INSTITUCIONALES -CSV Y AC

DIAGNOSTICO V299 MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

PLAN A SEGUIR

CEFAZOLINA 1G POLVO ESTERIL PARA RECONSTITUIR SOLUCION INYE administrar 1 Gramo cada 6 Hora via INTRAVENOSA -
DIPIRONA 1 G /2 ML administrar 2 Gramo cada 8 Hora via INTRAVENOSA -
OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS DURAS. administrar 20 Miligramos cada 24 Hora via ORAL -
INTERCONSULTA: OTORRINOLARINGOLOGIA
DIRECCIONAR A: Hospitalizacion

JUAN SEBASTIAN CASTRO NAVIA
MEDICINA GENERAL Registro 1124857783

Cama: 131

Abr.17/2024 10:39

INFORMACION DADA POR EL PACIENTE: INFORMACIÓN DADA POR EL PACIENTE: ::: NOTA DE ORL::: PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS, CON DIAGNOSTICOS DE: TRAUMA NASAL, SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO. SUBJETIVO: CON MODULACION DEL DOLOR:

CLINICA BELO HORIZONTE S A S

Nit: 900.215.983-3

EVOLUCIONES MEDICAS

Admisión: 98911

NOMBRE DEL PACIENTEELIECER BUSTOS LOSADA

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	83.091.626	Nº H.C.	83091626
Fecha nacimiento:	Sep.04/1980	Edad:	43 Años	Sexo:	Masculino
Dirección:	CAMPOALEGRE	Telefóno:	3103365395	Ciudad:	CAMPOALEGRE
Entidad administradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC			Etnia:	
Número de Ficha:				Nivel:	Nivel 1

CENTRO DE ATENCIÓN: 10110. URGENCIAS

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES: PA: 120/70 MMHG FC: 76 LP FR: 18 RPM SAT: 97% AL AMBIENTE T: 36.5 -CABEZA: PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CUELLO MOVIL NO DOLOR A LA MOVILIZACION. EN DORSO NASAL HERIDA DE APROXIMDAMENTE 3 CM, CON DESVIACION DE TABIQUE NASAL. - TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS BILATERALES SIN AGREGADOS PATOLOGICOS, DOLOR A LA INSPIRACION PROFUNDA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA - CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. - ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION DE FLANCO Y FOSA ILIACA DE LADO IZQUIERDO, - EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIN ARCOS DE MOVIMIENTO COMPROMETIDOS, HERIDAS TIPO ESCORIACION EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES, PULSOS DISTALES CONSERVADOS. SNC. ALERTA, GLASGOW 15/15

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS, CON TRAUMA NASAL, SEGUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO, EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN TRABAJO RESPIRATORIO, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS. SE CONSIDERA DAR SALIDA CON INDICACIONES DE CONSULTAR EL DIA MARTES 23/04/24 POR LOS SERVICIOS DE URGENCIA, SE EXPLICA A PACIENTE

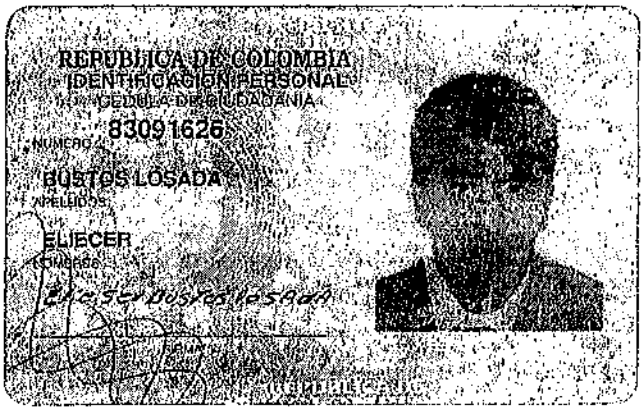
PLAN: - SALIDA CON: - ACETAMINOFEN 1ABL 500 MG VO, CADA 6 HORAS - CONSULTA EL DIA MARTES 23/04/24 POR EL SERVICIO DE URGENCIA - RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

DIAGNOSTICO V299 MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

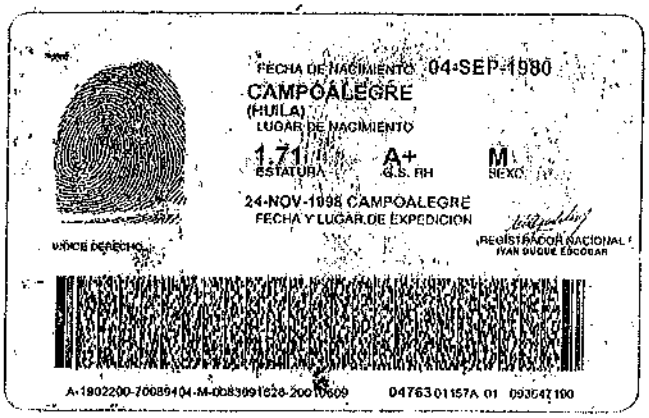
PLAN A SEGUIR

DIRECCIONAR A: Alta

Aprobado por: OSCAR IGNACIO GUTIERREZ CASTRO
OTORRINOLARINGOLOGIA Registro 0271/91



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
83091626
APELLIDOS
BUSTOS LOSADA
NOMBRES
ELIECER



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1980
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
24-NOV-1998 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO

A-1902200-70089404-M-0083091626-20010609 04763 01157A 01 093647190

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
12

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902016000193371

NÚ

FECHA IMPORT.
21/09/2016

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - RENTAR INVERSIONES LIMITADA

FECHA MATRÍCULA
27/10/2016

FECHA EXP. LIC. TTO
27/10/2016

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007018183

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10012785862

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
FCT25E	YAMAHA	XTZ125	2017

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR
E3L5E055215

REG
N

VIN
9FKDE0916H2055215

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
9FKDE0916H2055215

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
BUSTOS LOSADA ELIECER

IDENTIFICACIÓN
C.C. 9309626

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:	FCT25E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10012785862	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehiculo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	XTZ125
MODELO:	2017	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E3L5E055215
NÚMERO DE CHASIS:	9FKDE0916H2055215	NÚMERO DE VIN:	9FKDE0916H2055215
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	27/10/2016
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
8120791000	08/02/2024	09/02/2024	08/02/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
14289403558570	20/12/2022	21/12/2022	20/12/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
82371540	23/11/2021	24/11/2021	23/11/2022	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE
0108004131001000	21/11/2020	22/11/2020	21/11/2021	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
3080644800	20/11/2019	21/11/2019	20/11/2020	112	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 19/11/2024

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-FEC1-64431 fechada el dia 24.09.27 cuyo paciente es BUSTOS LOSADA ELIECER

HISTORIA No. 83091626

GLOSA No: ZGL-1-49075 **SINIESTRO:** 64431

Recibido! 21 de Noviembre del 2024 20314475

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: 19/11/2024

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-FEC1-64431 fechada el dia 24.09.27 cuyo paciente es BUSTOS LOSADA ELIECER

HISTORIA No. 83091626

GLOSA No: ZGL-1-49075 **SINIESTRO:** 64431

>> 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: SO1-3430- SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	405200.00	

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	405200.00	

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, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA) CODIGO 3430, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (IMPACTACION DE SEPTUM NASAL DERECHA, CRESTA BASAL OBSTRUCTIVA, LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, CICATRIZ EN DORSO NASAL VERTIENTE DERECHA) Y POR ESTA RAZON LA ESPECIALISTA CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE DICHO PROCEDIMIENTO PARA LA COREECION FUNCIONAL DEL TABIQUE NASAL MEJORAR LA RESPIRACION CORRIGIENDO LAS DEFORMIDADES INTERNAS. 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: SO1-39110- SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	236000.00	

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	236000.00	

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, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA) CODIGO 3430, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (IMPACTACION DE SEPTUM NASAL DERECHA, CRESTA BASAL OBSTRUCTIVA, LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, CICATRIZ EN DORSO NASAL VERTIENTE DERECHA) Y POR ESTA RAZON LA ESPECIALISTA CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE DICHO PROCEDIMIENTO PARA LA COREECION FUNCIONAL DEL TABIQUE NASAL MEJORAR LA RESPIRACION CORRIGIENDO LAS DEFORMIDADES INTERNAS. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:
CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-39123- GRUPO 12

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 110600.00

JUSTIFICACION:
104
HONORARIOS OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 110600.00

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, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA) CODIGO 3430, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (IMPACTACION DE SEPTUM NASAL DERECHA, CRESTA BASAL OBSTRUCTIVA, LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, CICATRIZ EN DORSO NASAL VERTIENTE DERECHA) Y POR ESTA RAZON LA ESPECIALISTA CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE DICHO PROCEDIMIENTO PARA LA COREECION FUNCIONAL DEL TABIQUE NASAL MEJORAR LA RESPIRACION CORRIGIENDO LAS DEFORMIDADES INTERNAS. 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: SO1-39304- GRUPOS 10 11 12 13

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 486800.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 486800.00

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, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA) CODIGO 3430, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (IMPACTACION DE SEPTUM NASAL DERECHA, CRESTA BASAL OBSTRUCTIVA, LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, CICATRIZ EN DORSO NASAL VERTIENTE DERECHA) Y POR ESTA RAZON LA ESPECIALISTA CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION

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:
DE DICHO PROCEDIMIENTO PARA LA COREECION FUNCIONAL DEL TABIQUE NASAL MEJORAR LA RESPIRACION CORRIGIENDO LAS DEFORMIDADES INTERNAS. 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: SO1-39214- GRUPO 12

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 649500.00

JUSTIFICACION:
105
DERECHOS DE SALA

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 649500.00

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, SI ES PERTINENTE Y NECESARIO EL COBRO DE LA SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCION RESPIRATORIA, NO ESTETICA) CODIGO 3430, YA QUE EL PACIENTE PRESENTA EN LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS ANEXA ANTERIORMENTE (IMPACTACION DE SEPTUM NASAL DERECHA, CRESTA BASAL OBSTRUCTIVA, LATERORRINIA OSTEOCARTILAGINOSA IZQUIERDA, DEPRESION VERTIENTE NASAL DERECHA, CICATRIZ EN DORSO NASAL VERTIENTE DERECHA) Y POR ESTA RAZON LA ESPECIALISTA CONSIDERO PERTINENTE LA REALIZACION DE DICHO PROCEDIMIENTO PARA LA COREECION FUNCIONAL DEL TABIQUE NASAL MEJORAR LA RESPIRACION CORRIGIENDO LAS DEFORMIDADES INTERNAS. 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: SO1-25102- ELECTROCARDIOGRAMA

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 67800.00

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	67800.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DEL ELECTROCARDIOGRAMA PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR Ritmo cardíaco irregular (arritmias), Si las arterias obstruidas o estrechas del corazón (enfermedad de las arterias coronarias) están ocasionando dolor de pecho o un ataque cardíaco.
Si has tenido un ataque cardíaco previo, Cómo están funcionando determinados tratamientos para una enfermedad cardíaca, como un marcapasos Y ASI 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: SO1-19290- 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 LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DEL EXAMEN QUE SE SOLICITAN ANTES DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ASI EVALUAR LA FUNCIÓN RENAL Y EL ESTADO DEL EQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO Y DETECTAR POSIBLES RIESGOS, DE TAL MANERA ESTOS PARÁMETROS SANGUÍNEOS SON INDICATIVOS DE LA PERFUSIÓN RENAL Y LA POSIBLE PRESENCIA DE LESIÓN RENAL AGUDA QUE PUEDE DERIVARSE DE VARIOS FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMA, COMO LA DESHIDRATACIÓN, HEMORRAGIA O DAÑO DIRECTO A LOS RIÑONES. UN MONITOREO ADECUADO DE ESTOS BIOMARCADORES QUE PERMITE LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE COMPLICACIONES RENALES Y GUÍA EL MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y OPORTUNA. ADICIONAL A ESTO, SE TIENE QUE EVALUAR EL ESTADO RENAL DEL PACIENTE AL INGRESO A NUESTRA INSTITUCION, DADO QUE SI ÉSTE PRESENTA FUNCION RENAL ALTERADA (FALLA RENAL EN CUALQUIERA DE SUS ESTADOS), SE TIENE QUE ORIENTAR EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO PARA NO CAUSAR MAS LESION A LOS RIÑONES Y EMPEORAR LAS CONDICIONES MEDICAS DEL PACIENTE. 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 LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

>> ITEM GLOSADO 10: SO1-19490- GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)

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	20700.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- 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 LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA REALIZACION DEL EXAMEN GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS), SE SOLICITE ANTES DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA EVALUAR Y CONTROLAR LOS NIVELES DE AZÚCAR EN SANGRE DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, CON EL FIN DE EVITAR COMPLICACIONES TALES COMO (HIPOGLUCEMIA O HIPERGLUCEMIA, REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES, MEJORAR LA CICATRIZACIÓN Y COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS) ES FUNDAMENTAL PARA OPTIMIZAR LA RESPUETA INMUNITARIA, REDUCIR EL ESTRÉS METABOLICO, DEBIDO A QUE TANTO LOS NIVELES BAJOS COMO ALTOS DE GLUCOSA PUEDEN COMPLICAR EL PROCEDIMIENTO Y LA RECUPERACIÓN. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 11: BPL-HUMIDIFICADOR- HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9500.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9500.00	

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

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:
POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 12: GMR-MASCARAOXADUL- MASCARA OXIGENO ADULTO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	7000.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	7000.00	

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 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 13: KR MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	12000.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	12000.00	

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

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:
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 14: MAS-VENDA-UNID VENDA YESO DE 4X5

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 8600.00

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 8600.00

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 15: SHE-SONDA NELT-UNI SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 4700.00

JUSTIFICACION:
106
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	4700.00	

JUSTIFICACION:
399 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 16: WEL-TUBO TUBO ENDOTR NO. 7.5 CON BALON SUM-MED

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	17600.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	17600.00	

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:	3,442,900.00
VALOR GLOSADO :	2178200.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	2178200.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308201	**No.**	195595	**Siniestro**	90745189	**No. Factura**	FEC164431				
Amparo	1	Gastos médicos		**Fecha siniestro**	16/04/2024	**Fecha aviso**	14/05/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024		
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	31/10/2024	**Póliza**	812079100	**Vigencia**	09/02/2024	**hast**	08/02/2025		
Id tomador	83091626	**Nombre tomador**									
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA								
Id accidentado	83091626	**Nombre**	ELIECER BUSTOS LOSADA								
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA								
Diagnósticos	S022					**Ciuda**	NEIVA				

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	3441	REDUCCION FRACTURA ABIERTA HUESOS PROPIOS		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 CIRUGÍA 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	3430	SEPTORRINOPLASTIA (PARA FUNCIÓN RESPIRATORIA, NO ESTÉTICA)	NO SE RECONOCE 3430 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE RX QUE NO JUSTIFICAN LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.	100%	405,200	405,200	0
1	39110	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 12	NO SE RECONOCE 3430 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE RX QUE NO JUSTIFICAN LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.	100%	236,000	236,000	0
1	39123	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 12	NO SE RECONOCE 3430 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE RX QUE NO JUSTIFICAN LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.	100%	110,600	110,600	0
1	39214	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 12	NO SE RECONOCE 3430 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE RX QUE NO JUSTIFICAN LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.	100%	649,500	649,500	0
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13	NO SE RECONOCE 3430 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y REPORTE DE RX QUE NO JUSTIFICAN LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.	100%	486,800	486,800	0
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS	NO SE RECONOCE NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	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 NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	20,700	20,700	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	25102	ELECTROCARDIOGRAMA	NO SE RECONOCE NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	67,800	67,800	0
1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO	100%	61,200	61,200	0

		INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	(ARTICULO 48 PARAGRAFO 1).				
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	39141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL		100%	49,400	0	49,400
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	71,500	0	71,500
1	77702	INSUMOS	EE. NO SE RECONOCE HUMIDIFICADOR $9500 NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. EE. NO SE RECONOCE MASCARA OXIGENO $7000 NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. EE. NO SE RECONOCE MASCARA FACIAL $12000 NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. VENDA DE YESO 4X5 $8600 NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5). EE. NO SE RECONOCE NELATON $4700NO PERTINENTES HACEN PARTE DE LOS INSUMOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. NO SE RECONOCE TUBO ENDOTRAQUEAL INCLUIDO EN MATERIALES DE SALA $17600		62,400	59,400	3,000

1001	**Cobrado**	**3,442,900**
1002	**Obj. Parcial**	**2,178,200**
1003	**Liquidado**	**1,264,700**

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 8 de 02 de 2025 a las 08:18:49 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164431

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
cc842a78cd73ba253300de6e022a6a2d4a7c06c7494865cff4fbaefc054a2b7e805dfd9d462ac4a468a7189d85f30619

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3442900

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-27 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
2a56712a9e6fcd5eb7ba4bfda6e5dcf295bfd397af1277d2553f24dec8ae06c01e02b946b0c31e5e3d0bb7b5c146e56c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-27 11:22:59.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

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. FEC164431

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
cc842a78cd73ba253300de6e022a6a2d4a7c06c7494865cff4fbaefc054a2b7e805dfd9d462ac4a468a7189d85f30619

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
f3d0e24063bf1dd47acffe87c5c12d1fed28b3af59c1310913049e0a291affb7e129e4fa6bb8140a36697b6ccb9424fd

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-27 11:42:20.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
30ab298b92ffbefc00b76807a9ffcf0a5914d8f1991bd451b4954d1b21cb22cadeadf39cfac634d7fec7da41b52d1265

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-27 08:01:13.000 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. FEC164431

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
cc842a78cd73ba253300de6e022a6a2d4a7c06c7494865cff4fb
aefc054a2b7e805dfd9d462ac4a468a7189d85f30619

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
c2eee02419276e8649dd1244dddc82365ebd4ff237768cc6a792
10aa0402a6424b6190f170724ea09c971f452f73bc75

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-27 08:01:30.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.27	16:05:35	2024.10.27

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64448

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 185132

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2024.08.20 - 18:15 2024.08.20 - 19:41

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 7697955 ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO
EDAD : 49 Años
DIRECCION: COND LLANOS DE VIMIANZO PALERMO
TELEFONO: 3174860980

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257-06	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
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TÓBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206		APG				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.20	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.20	873121		APG				1	90,400	90,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.08.20	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.08.20	890701		APG				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.20	S22101		VIC				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	690,292	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	690,292

SON: SEISCIENTOS NOVENTA MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.*****

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.27 04:06:28 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 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: 2023-12-2[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 634afdcd39650f3228827cdc83bd3cadd9af66f11b7fa630889c7609ec75f031cb7d9[illegible]df1f92aa99e957082f

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!
15 de Octubre del 2024
20308202

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 ,2024.09.27	16:05:35	2024.10.27

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64448

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 185132
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2024.08.20 - 18:15
FEC-HORA EGRESO: 2024.08.20 - 18:41

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 7697955 ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO
EDAD : 49 Años
DIRECCION: COND LLANOS DE VIMIANZO PALERMO
TELEFONO: 3174860980
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	600	600
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
19909969-04	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	2024.08.20	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206		APG				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206		APG				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.20	873121		APG				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.20	873121		APG				1	90,400	90,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.08.20	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.08.20	890701		APG				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.20	S22101		VIC				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	690,292	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	690,292

SON: SEISCIENTOS NOVENTA MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.27 04:06:28 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: 634afdcd39650f322b827cdc83bd3cadd9af66f11b7fa630889c7609ec75f031cb7d9671a7693c6f1f92aa99e957082f

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:	64448
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 679,992
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 10,300
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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

8INT

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- 64448

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	LATORRE

1er.Nombre	2do.Nombre
ARMANDO	ALBERTO

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 7697955

De: 17042 Fecha de Nacimiento: 22/12/1974 Sexo: F [X] M O

Direccion: COND LLANOS DE VIMIANZO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3174860980

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 45 VIA NEIVA_PLANADAS

Fecha Evento/Accidente: 20/08/2024 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 CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA BUU19H, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COLISIONAR CON MALLA 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: BUU19H

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 8123604000

Vigencia de la Poliza: Desde: 03/08/2024 Hasta: 02/08/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
RAMIREZ	CUELLAR

1er.Nombre	2do.Nombre
LDA	BIBIANA

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] No. Documento 36068133

Direccion: COND LLANOS DE VIMIANZO

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Telefono: 3174860980 Total Folios: 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
ROJAS	LATORRE

1er.Nombre	2do.Nombre
ARMANDO	ALBERTO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] No. Documento 7697955

Direccion: COND LLANOS DE VIMIANZO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3174860980

Municipio: PALERMO Cod. 524

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 únicamente 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: 20/08/2024 a las 18:15

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 20/08/2024 a las 19:41

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del 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

Número de Registro de Medico 55302763

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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	690292	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

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65861

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 7697955	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	COND LLANOS DE VIMIANZO		
FCHA.NACTO:	1974.12.22	EDAD:	49 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3174860980
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.08.20 — HORA DE INGRESO: 18:15
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.08.20 — HORA DE EGRESO: 19:41
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.08.20-18:28:53 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 BUU19H, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL COLISIONAR CON MALLA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 06:15 PM
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.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO VOMITO NO TOS NO FIEBRE

** SIGNOS VITALES:
TA: 186/80 FC: 100 FR: 17 TEMP: 36.5 TALLA: 172 PESO: 72 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.
<<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, NO DOLOR.
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES
<<PELVIS>>
SIN LESIONES
<<DORSO / EXTREMIDADES>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65861

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 7697955	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	COND LLANOS DE VIMIANZO		
FCHA.NACTO:	1974.12.22	EDAD:	49 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3174860980
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

DORSO SIN LESIONES. EXTRMEIDADES SIMETRICAS CON EDEMA DOLOR Y LMITACION FUNCIONAL EN BRAZO CODO, ANTEBRAZO MUÑECA, MANO, MUSLO IZQUIERDO
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASIONES EN ANTEBRAZO CODO Y MANO IZQUIERDA
<<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. 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 ORTOPED!
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR IM AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.08.20-18:40:15 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: 18:30 / 18:36 DURACION: 00:05

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65861

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 7697955	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	COND LLANOS DE VIMIANZO		
FCHA.NACTO:	1974.12.22	EDAD:	49 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3174860980
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN CODO, ANTEBRAZO Y MNAO IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

***** FECHA: 24.08.20-19:17:49 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 IZQUIERDO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: 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 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.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

***** FECHA: 24.08.20-19:35:26 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA ENCODO IZQ Y CADERA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: CODO IZQ ESCORIACION EDEMAY DOLOR EN CARA POSTERIOR . BUENA MOVILIDAD . CADERA IZQ DOLORT EN CARA LATERAL , BUENA MOVILIDAD APOYA SIN DOLOR . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES Y ESCORICAIONES

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65861

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 7697955	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	COND LLANOS DE VIMIANZO		
FCHA.NACTO:	1974.12.22	EDAD:	49 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3174860980
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 2 DIAS

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.08.20-19:42:16 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, VALORADO POR ESPECIALIDADES, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** 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:

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.
**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:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65861

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 7697955	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	COND LLANOS DE VIMIANZO		
FCHA.NACTO:	1974.12.22	EDAD:	49 A	CIUDAD:	PALERMO	TEL:	3174860980
EST.CIVIL:	CASADO	RH:	O+				

ORAL
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL
CEFALEXINA 500 MG , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 6 DIAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.08.20-19:41:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO		
RELACIONADO 1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		
RELACIONADO 2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

DR@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 185132

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -185132 **Fecha** 2024/08/20

Nombre Paciente: ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO - 7697955 **Edad:** 49 **Sexo:** M

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	VIC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN CODO, ANTEBRAZO Y MNAO IZQUIERDA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION

VALENTINA

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,23-Ago-2024 17:31:5

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:** 2024.08.2 18:15
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 49 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
7697955 ROJAS LATORRE ARMANDO 1 NIVEL I PALERMO COND LLANOS DE 3174860980

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.08.20	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2024.08.20	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2024.08.20	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2024.08.20	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2024.08.20	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00

10

PACIENTE: 7697955 ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO **EDAD:** 49

DIRECCION: COND LLANOS DE VIMIANZO **TELEFONO:** 3174860980

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64778 **FECHA SINIESTRO:** 2024.08.20 **Nº POLIZA:** 8123604000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 20 de agosto de 2024						
18:29:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	JFE1	
18:29:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	JFE1	
18:29:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	JFE1	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO No. Identif. 7697955 Edad. 49

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.08.20

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
Medico - USCO
C.C. 1.075.287.214

Sergio A. Perdomo Vargas

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -216063

FECHA EMISION:	2024.08.20
HORA:	19:42:54
PAGINA No:	1

USUARIO: ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO
DOC.IDENT: CC 7697955 **CAMA:** -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2024/08/20
ORIGEN:
MEDICO: Dr. SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	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:	24.08.28
HORA:	10:49:47
PAGINA No:	1

Numero: 92458 Fecha Ex. 20/08/24 Hora 08:18
Nombre Paciente: 7697955 ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO
Dirección: COND LLANOS DE VIMIANZO Telefono:3174860980 Edad:49 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
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 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 FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP lateral del fémur izquierdo observándose esta estructura ósea con morfología general, contornos y densidad ósea normales.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo izquierdo observándose la diáfisis del humero con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay una pequeña banda laminar radio lucida distal de la 2° falange del dedo meñique para correlacionar.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.28
HORA:	10:49:47
PAGINA No:	2

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

4

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, 20/08/2024

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Armando Alberto Rojas identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 7699455, 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 20/08/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre: Armando Rojas
c.c. 7699455

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 7.697.955

Apellidos
ROJAS LATORRE

Nombres
ARMANDO ALBERTO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
22 DIC 1974

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ANSERMA (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
30 MAR 1993, NEIVA

Fecha de expiración
12 MAYO 2033

Firma

Liberlad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10032443025

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
BUU19H	AKT	AK125CH EIII	2025

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMI353974E3	N	9F2E71258SB000533

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2E71258SB000533	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
RAMIREZ CUELLAR IDA BIBIANA

IDENTIFICACIÓN
C.C. 36068133

.CO

021263688

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

Powered by CamScanner

I C C O L 0 2 1 2 6 3 6 8 8 6 1 9 0 0 1 < < < < < < < < < < <
7 4 1 2 2 2 4 M 3 3 0 5 1 2 0 C O L 7 6 9 7 9 5 5 < < < < 1
R O J A S < L A T O R R E < < A R M A N D O < A L B E R T O

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902024000116787

VE
I

FECHA IMPORT.
18/07/2024

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.S

FECHA MATRÍCULA
06/08/2024

FECHA EXP. LIC. TTO.
06/08/2024

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT12000039904

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:	**BUU19H**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10032443025**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**AKT**	LÍNEA:	**AK125CH EIII**
MODELO:	**2025**	COLOR:	**NEGRO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**157FMI353974E3**
NÚMERO DE CHASIS:	**9F2E71258SB000533**	NÚMERO DE VIN:	**9F2E71258SB000533**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**06/08/2024**
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
8123604000	02/08/2024	03/08/2024	02/08/2025	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: 13/11/2024

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-FEC1-64448 fechada el dia 24.09.27 cuyo paciente es ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO

HISTORIA No. 7697955

GLOSA No: ZGL-1-48978 **SINIESTRO:** 64448

>> 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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Recibido!
15 de Noviembre del 2024
20313281
equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	690,292.00
VALOR GLOSADO :	10300.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	10300.00
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: 13/11/2024

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-FEC1-64448 fechada el dia 24.09.27 cuyo paciente es ROJAS LATORRE ARMANDO ALBERTO

HISTORIA No. 7697955

GLOSA No: ZGL-1-48978 **SINIESTRO:** 64448

>> 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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	690,292.00
VALOR GLOSADO :	10300.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	10300.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308202	**No.**	200443	**Siniestro**	90758848	**No. Factura**	FEC164448		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	20/08/2024	**Fecha aviso**	25/08/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	30/10/2024	**Póliza**	812360400	**Vigencia**	03/08/2024	**hast**	02/08/2025
Id tomador	36068133	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	7697955	**Nombre**	ARMANDO ALBERTO ROJAS LATORRE						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S500					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
4	21101	MANO, DEDOS, 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, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	180,800	0	180,800
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	NO SE RECONOCE 39143 NO PERTINENTE SE HOMOLOGA A COD 39132 SEGUN LOS SOPORTADO EN LA HC.	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		100%	47,992	0	47,992

1001	**Cobrado**	**690,292**
1002	**Obj. Parcial**	**10,300**
1003	**Liquidado**	**679,992**

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 8 de 02 de 2025 a las 08:20:06 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164448

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
634afdcd39650f3228827cdc83bd3cadd9af66f11b7fa630889c7609ec75f031cb7d9671a7693c6f1f92aa99e957082f

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
690292

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-27 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
8d689db0bee2710acb03460bac77c2957a3d15d71936c9fa20064deb26481f935b5506b6f564878f53a0f5a3e094c805

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-27 04:06:27.000 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. FEC164448

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
634afdcd39650f3228827cdc83bd3cadd9af66f11b7fa630889c7609ec75f031cb7d9671a7693c6f1f92aa99e957082f

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
b3da0605f3603d1983314ebabb7ccd03361295559410de4fcec3708b5323b0c6980bc3866809059b161ad242bf100dd1

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-27 04:18:02.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
63db18d2b676c8992770b47fc2a302947eadb83fd957da62d507b822a507369bc802a254c0bc0b215ca31fa0ffab9c48

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-27 07:54:35.000 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. FEC164448

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
634afdcd39650f3228827cdc83bd3cadd9af66f11b7fa630889c7609ec75f031cb7d9671a7693c6f1f92aa99e957082f

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
80bc15df63a4147e86fddb96960d456ac8b477a79158797001a6ce18934b0cede2cd8390045ba98868e8a63324e3d153

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-27 07:54:45.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 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: 2/8/2025 -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 ,2024.09.30	14:36:20	2024.10.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64478

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 185597

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.08.27 - 09:08	2024.08.27 - 23:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA EDAD : 59 Años

DIRECCION: CALLE 74 N 1B-14 NEIVA TELEFONO: 3173765258

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	27-Ago-2024	S55101					MJJ	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 # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
	VENDA ALGODON 6X5								3	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								3	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								6	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	1,129	1,129
790906	VENDA YESO DE 6X5								3	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
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								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
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700

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: 2021-12-... por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 663172199967aeaa52997017b054a7752e3eaacf04c056c7b63e4eac073dc95f3198ce8e5945bbab0bb0668e31a88e4b3

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!
15 de Octubre del 2024
20308203

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. 837 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.30	14:36:20	2024.10.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64478

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 185597
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | | 2024.08.27 - 09:08 | 2024.08.27 - 23:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA EDAD : 59 Años
DIRECCION: CALLE 74 N 1B-14 NEIVA TELEFONO: 3173765258

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	27-Ago-2024	S55101					MJJ	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 # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
	VENDA ALGODON 6X5								3	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								3	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								6	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	1,129	1,129
790906	VENDA YESO DE 6X5								3	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
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								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
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206					MJJ	1	69,700	69,700

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

Cufe: 6631721999967aea5299701fb054a7752e3eaacf04c056cfb63e1eac073dc99f3198ccc83595dcba0bb0668e31a88c4b3

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

22

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.09.30	14:36:20	2024.10.30

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64478

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.27	873206		MJJ				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.27	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.27	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.27	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.27	873121		MJJ				1	90,400	90,400
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.08.27	871121		MJJ				1	99,300	99,300
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2024.08.27	871121		MJJ				1	99,300	99,300
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2024.08.27	879510		MJJ				1	589,300	589,300
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.08.27	935304		MJJ				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	2024.08.27	890602		HJC				1	61,200	61,200
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2024.08.27	890402		JOH				1	79,100	79,100
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.08.27	890701		MJJ				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.27	S22101		DKA				1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.08.27	S22103		MJJ				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	2,523,319	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,523,319

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTITRES MIL TRESCIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.09.30 02:37:27 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: 663172199967aea52997017b054a7752e3eaacf04c056c7b63e4eac073dc99f3198ccc83595dcba0bb0668e31a88e4b3

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

21

FACTURA:	64478
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,353,527
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 169,792
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64478

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
ALVAREZ	QUINTANA

1er.Nombre	2do.Nombre
MARICELA	

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE

No. Documento: 26426151

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 25/09/1965 Sexo: [X] F [ ] M [ ] O

Direccion: CALLE 74 N 1B-14

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3173765258

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: AVENIDA CIRCUMBALAR CON TOMA

Fecha Evento/Accidente: 27/08/2024 Hora: 08:35

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA BUL34H QUIEN PIERDE EL CONTROL POR HURTO 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: BUL34H

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 8123150300 Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 04/07/2024 Hasta: 03/07/2025

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

NO REGISTRA (1er.Apellido o Razon Social)	NO REGISTRA (2do.Apellido)
NO REGISTRA (1er.Nombre)	NO REGISTRA (2do.Nombre)

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** NO REGISTRA

Direccion: CALLE 74 N 1B 14

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3173765258 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

ALVAREZ (1er.Apellido)	QUINTANA (2do.Apellido)
MARICELA (1er.Nombre)	(2do.Nombre)

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 26426151

Direccion: CALLE 74 N 1B 14

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3173765258

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: 27/08/2024 **a las** 09:08

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 27/08/2024 **a las** 23:30

Diagnostico presuntivo de Egreso
S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Diagnostico definitivo de Egreso
S827 FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

Diagnostico relacionado de Egreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

JESUS (1er.Apellido del Medico o Profesional tratante)	ANTONIO (2do.Apellido del Medico o Profesional tratante)
MINDIOLA (1er.Nombre del Medico o Profesional tratante)	JOLY (2do.Nombre del Medico o Profesional tratante)

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de Medico 1118849376

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	2523319	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. 65987

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ALVAREZ QUINTANA MARICELA

DOC.IDENT:	CC 26426151	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 74 N 1B-14		
FCHA.NACTO:	1965.09.25	EDAD:	59 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3173765258
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2024.08.27	HORA DE INGRESO: 09:08
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2024.08.27	HORA DE EGRESO: 23:30
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO:	S903 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
CONFIRMADO:	S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO1:	S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2:	S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.08.27-09:38:12 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA BUL34H QUIEN PIERDE EL CONTROL POR HURTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 09+30
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE7/24, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 112/70 FC: 78 FR: 20 TEMP: 36.3 TALLA: 169 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, CONUJTIVAS ANICTERICAS
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS CON DOLOR EDEMA Y IMITACION FUNCIONAL EN HEMITORAX IZQ, INADECUADA MECANICA VENTILATORIA.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65987

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALVAREZ QUINTANA MARICELA

DOC.IDENT:	CC 26426151	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 74 N 1B-14		
FCHA.NACTO:	1965.09.25	EDAD:	59 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3173765258
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL EN CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDAS , RODILLAS, PIERNAS TOBILLO Y PIES BILATERLES NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASIONES SUCIAS CONTAMINADAS CON TIERRA EN CODO, ANTEBRAZO IZQUIERDOS , MANO, RODILLAS Y PIES
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- TAPON VENOSO
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA, CIRUGIA GENERAL.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65987

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALVAREZ QUINTANA MARICELA

DOC.IDENT:	CC 26426151	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 74 N 1B-14		
FCHA.NACTO:	1965.09.25	EDAD:	59 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3173765258
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORA.S, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.08.27-10:04:30 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: 09:39 / 09:42 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: DANNA KATHERINE AVENDAÑO

*** 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 EN CODO + DEDOS DE LA MANOS + RODILL 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: 24.08.27-13:00:28 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 12:50 / 13:00 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65987

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALVAREZ QUINTANA MARICELA

DOC.IDENT:	CC 26426151	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 74 N 1B-14		
FCHA.NACTO:	1965.09.25	EDAD:	59 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3173765258
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.08.27-13:00:40 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE TORAX NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA IMPRESIONA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA IMPRESIONA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.08.27-13:01:21 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

12

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65987

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALVAREZ QUINTANA MARICELA

DOC.IDENT:	CC 26426151	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 74 N 1B-14		
FCHA.NACTO:	1965.09.25	EDAD:	59 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3173765258
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC DE RODILLA IZQUIERDA

***** FECHA: 24.08.27-13:01:52 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 RODILLA IZQUIERDA: CON EVIDENCIA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES MUTIFRAGMENTADA.

***** FECHA: 24.08.27-13:05:12 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, 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, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

DX:
TRAUMA CERRADO DE TORAX

PLAN:
SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65987

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALVAREZ QUINTANA MARICELA

DOC.IDENT:	CC 26426151	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 74 N 1B-14		
FCHA.NACTO:	1965.09.25	EDAD:	59 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3173765258
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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.

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: 24.08.27-15:33:41 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TORAX Y EXTREMIDADES,

AL EXAMEN FISICO: ABRASIONES LIMPIAS Y CURADAS EN CODO, ANTEBRAZO, MANO IZQUIERDOS, RODILLAS Y PIES; DOLOR A LA PALPACION EN RODILLA IZQUIERDA Y PIERNA PROXIMAL IZQUIERDA CON EDEMA Y FRANCA LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD, NEUROVASCULAR NORMAL.

*RX: FRACTURA CONMINUTA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDOS + FRACTURA DE CABEZA PROXIMAL DE PERONE IZQUIERDO
*TAC DE RODILLA IZQUIERDA 3D: FRACTURA CONMINUTA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDOS CON HUNDIMIENTO SEVERO DE SUPERFICIE ARTICULAR + FRACTURA DE CABEZA PROXIMAL DE PERONE IZQUIERDO

DX: FRACTURA CONMINUTA DE PLATILLOS TIBIALES IZQ + FRACTURA DE CABEZA PROXIMAL DE PERONE IZQUIERDO

ANALISIS: PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POLITRAUMA. EN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS SE DOCUMENTA FRACTURA CONMINUTA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDOS CON HUNDIMIENTO SEVERO DE SUPERFICIE ARTICULAR + FRACTURA DE CABEZA PROXIMAL DE PERONE IZQUIERDO, CON INDICACION DE MANEJO QUIRURGICO. POR EL MOMENTO, SE DEJA EN OBSERVACION URGENCIAS POR RIESGO DE SINDROME COMPARTIMENTAL Y POSTERIORMENTE SE DEFINIRÁ HOSPITALIZAR PARA MANEJO ANALGESICO Y ANTIEDEMA.

PLAN:
OBSERVACION URGENCIAS
MANTENER EN AYUNO
VIGILANCIA DE SINDROME COMPARTIMENTAL

*** FECHA: 24.08.27-23:24:34 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON MULTIPLES CONTUSIONES Y ABRASIONES, CON FRACTURA CONMINUTA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDO MAS FRACTURA DE CABEZA PROXIMAL DE PERONE IZQUIERDO, PIERNA IZQUIERDA CON EDEMA MODERADO BLNADO, SIN ALTERACION NEUROVASCULAR DISTAL POR LO CUAL SE INDICA HOSPITALIZAR PARA TRATAMIENTO ANTIEDEMA Y SE PROGRAMA CIRUGIA.

** ORDENES Qx:

TIPO DE CIRUGIA: OSTEOSINTESIS DE FRACTURA CONMINUTA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDO MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CABEZA PROXIMAL DE PERONE IZQUIERDO

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65987

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALVAREZ QUINTANA MARICELA

DOC.IDENT:	CC 26426151	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 74 N 1B-14		
FCHA.NACTO:	1965.09.25	EDAD:	59 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3173765258
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FECHA: JUEVES 29/08/2024
MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: PLACA BLOQUEADA EN T - L DE 4.5 TRAER SET DE PLACAS MAS 2 CLAVOS DE KIRSCHNER DE 1.8.
TIEMPO QUIRÚRGICO: 60 MINUTOS.
HOSPITALIZADO

CONDUCTA:
1 --- MANTENER INMOVILIZACCION.
2 --- CONTINUAR TRATAMIENTO
3 -- HOSPITALIZAR
4 ---SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

*** FECHA: 24.08.27-23:29:46 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 CONMINUTA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDO MAS FRACTURA DE CABEZA PROXIMAL DE PERONE IZQUIERDO
2 --- CONTUSIONES Y ABRASIONES MULTIPLES.

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, VALORADA POR HORTOPEDISTA QUIEN HOSPITALIZA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO EL PROXIMO JUEVES 29/08/2024 , POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, YA DESCARTADO LESION POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL QUIEN DA ALTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DAR A 40 CC HORA IV., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DEJAR CON LEV.
TRASLADO A HOSPITALIZACION.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.08.27-23:30:20 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

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65987

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALVAREZ QUINTANA MARICELA

DOC.IDENT:	CC 26426151	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 74 N 1B-14		
FCHA.NACTO:	1965.09.25	EDAD:	59 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3173765258
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.08.27-23:30:14 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S821 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA		
RELACIONADO 1: S824 - FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE		
RELACIONADO 2: S832 - DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 185597

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -185597 **Fecha** 2024/08/27

Nombre Paciente: ALVAREZ QUINTANA MARICELA - 26426151 **Edad:** 58 **Sexo:** F

Quien Realiza: DKA- DANNA KATHERINE AVENDAÑO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
2. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Diagn%sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
2. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	DKA	

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 EN CODO + DEDOS DE LA MANOS + RODILL 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.

DANNA

QUIEN REALIZA

Maricela

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,25-Sep-2024 13:49:5

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:** 2024.08.2 09:08
001 0 SOAT 50% DESC		OTRO REGIMEN	59 Años		**Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 74 N 1B-14	3173765258

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.08.27	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	DKA	10.00
2024.08.27	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	DKA	10.00
2024.08.27	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	DKA	6.00
2024.08.27	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	DKA	1.00
2024.08.27	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	DKA	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 185597

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -185597 **Fecha** 2024/08/27

Nombre Paciente: ALVAREZ QUINTANA MARICELA - 26426151 **Edad:** 59 **Sexo:** F

Quien Realiza: MJJ- JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
2. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA
2. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	MJJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

RM. 1118849370
MÉDICO GENERAL

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,25-Sep-2024 13:50:0

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:** 2024.08.2	09:08
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	59 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA	1 NIVEL I		NEIVA	CALLE 74 N 1B-14	3173765258

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.08.27	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	MJJ	3.00
2024.08.27	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	MJJ	3.00
2024.08.27	MAS	VENDA DE	VENDA YESO DE 6X5	MJJ	3.00

PACIENTE: 26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA **EDAD:** 59

DIRECCION: CALLE 74 N 1B-14 **TELEFONO:** 3173765258

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-64890 **FECHA SINIESTRO:** 2024.08.26 **N° POLIZA:** 8123150300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	martes, 27 de agosto de 2024					
09:39:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
09:39:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
09:39:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	GOR1	
09:39:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		DIA	GOR1	
09:39:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	GOR1	
09:39:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	GOR1	
09:39:00	TAPON HEPARINIZADO	1.00		DIA	GOR1	
09:39:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	GOR1	
17:39:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
17:39:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
17:39:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFV1	
17:39:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFV1	
17:39:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	MFV1	
23:29:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
23:29:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	NRI	
23:29:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 23.00

8

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.09.27
HORA:	10:09:52
PAGINA No:	1

Numero: 92659 Fecha Ex. 27/08/24 Hora 09:50
Nombre Paciente: 26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA
Dirección: CALLE 74 N 1B-14 Telefono:3173765258 Edad:59 A Sexo:F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO 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.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea usuales.
No hay evidencia de focos de fracturas de cúbito ni de radio en las proyecciones presentadas.

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 PIE DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del pie derecho en la que se observan moderada deformidad en hallux valgus.
Las demás estructuras del pie derecho no muestran otras alteraciones.
Hay edema de los tejidos blandos del pie.

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay moderado edema de los tejidos blandos del pie.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del cuello del pie derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.
No se descarta la posibilidad de esguince.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de fracturas de tibia ni de peroné en las proyecciones presentadas.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

7

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.09.27
HORA:	10:09:52
PAGINA No:	2

Numero: 92659 Fecha Ex. 27/08/24 Hora 10:04
Nombre Paciente: 26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA
Dirección: CALLE 74 N 1B-14 Telefono: 3173765258 Edad: 59 A Sexo: F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose nuevamente las fracturas proximales de tibia y peroné con las características previamente descritas.
Edema de los tejidos blandos de la mitad superior de la pierna.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose fractura impactada proximal de tibia y peroné con desprendimiento de fragmento óseo de reborde lateral externo y proximal de la tibia, así mismo hay compromiso traumático de la superficie articular tibial con depresión significativa del platillo tibial externo.
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 TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del cuello del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.
No se descarta la posibilidad de esguince.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

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:	24.09.27
HORA:	10:11:16
PAGINA No:	1

Numero: 92660 Fecha Ex. 27/08/24 Hora 10:10
Nombre Paciente: 26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA
Dirección: CALLE 74 N 1B-14 Telefono:3173765258 Edad:59 A Sexo:F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

***HALLAZGOS**

Proyección PA y lateral del tórax en la que se advierte satisfactoria expansión pulmonar bilateral.
La trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
Examen negativo para procesos pleura pulmonares evolutivos
Ángulos costo frénicos libres
Mediastino que muestra un cayado aórtico normal
No hay cardiomegalia.

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y oblicua de la reja costal izquierda observándose las costillas óseas izquierdas con morfología general, contornos y densidad ósea satisfactorias.
No se confirma la presencia de focos de fracturas costales izquierdas en las proyecciones presentadas.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.09.27
HORA:	10:37:49
PAGINA No:	1

Numero: 92666 Fecha Ex. 27/08/24 Hora 10:37
Nombre Paciente: 26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA
Dirección: CALLE 74 N 1B-14 Telefono:3173765258 Edad:59 A Sexo:F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE RODILLA IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE RODILLA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras óseas de la rodilla izquierda.

HALLAZGOS:

A nivel distal del fémur se observan los cóndilos femorales y el espacio intercondíleo con características normales.
Es evidente la presencia de fracturas impactadas y multifragmentadas proximales de tibia y peroné especialmente tibiales con líneas de fracturas diastasadas que se proyectan hacia el espacio interespinoso y también hacia el platillo tibial externo.
Hay fragmento óseo desprendido y desplazado proximal tibial externo, hay fracturas y desplazamiento de espinas tibiales especialmente de la espina tibial externa importante depresión del platillo tibial externo.
Hay marcado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla y a los focos de fracturas.
En las reconstrucciones multiplanares, sagitales y coronales en las que nuevamente se advierte imágenes panorámicas de la fractura múltiple proximal de la tibia impactada y fragmentada y el extenso compromiso de la superficie articular del platillo tibial externo.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-65 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva 27-08-2024

Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Maricela Alvarez Quintero identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. Equidad, 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 26426151, producto de las atenciones prestadas desde 27/08/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

Maricela Alvarez

HUELLA

Firma
Nombre: Maricela Alvarez Q.
c.c. 26426151

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	26426151
NOMBRES	MARICELA
APELLIDOS	ALVAREZ QUINTANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/09/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/27/2024 08:58:46	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**,

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:	**BUL34H**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10032162073**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**TVS**	LÍNEA:	**NEO NX 110**
MODELO:	**2025**	COLOR:	**GRIS CARBONO**
NÚMERO DE SERIE:	**9FLB3A1H1SDC17919**	NÚMERO DE MOTOR:	**0H2KP1803844**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FLB3A1H1SDC17919**	NÚMERO DE VIN:	**9FLB3A1H1SDC17919**
CILINDRAJE:	**109**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRÍCULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**04/07/2024**
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
8123150300	03/07/2024	04/07/2024	03/07/2025	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: 14/11/2024

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-FEC1-64478 fechada el dia 24.09.30 cuyo paciente es ALVAREZ QUINTANA MARICELA

HISTORIA No. 26426151

GLOSA No: ZGL-1-48990 **SINIESTRO:** 64478

Recibido!
18 de Noviembre del 2024
20313560
equidad seguros

>> 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 EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL EN PIERNA DERECHA E IZQUIERDA POR LO QUE SE TRATA DE DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RADIOGRAFIA SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. 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: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	69700.00	

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: 14/11/2024

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-FEC1-64478 fechada el dia 24.09.30 cuyo paciente es ALVAREZ QUINTANA MARICELA

HISTORIA No. 26426151

GLOSA No: ZGL-1-48990 **SINIESTRO:** 64478

>> 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 EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL EN PIERNA DERECHA E IZQUIERDA POR LO QUE SE TRATA DE DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RADIOGRAFIA SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. 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: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	69700.00	

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	69700.00	

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 EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL EN ANTEBRAZO 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 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	SOPORTE SALA DE CURACION E INSUMOS - HOJA DE MEDICAMENTO SUMINISTRADO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS DONDE SE EVIDENCIA EL USO DEL CLORURO DE SODIO 500ML, UNO EN SALA DE CURACION PARA LA LIMPIEZA DE ABRASIONES Y EL OTRO PARA LA MEZCLA DEL ANTIBIOTICO EN SOLUCION. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: COR-EQUIPO EQUIPO MACROGOTEO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4800.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4800.00	HOJA DE MEDICAMENTO SUMINISTRADO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA. INSUMOS UTILIZADOS DURANTE LA ESTANCIA DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION, ES CLARO QUE UN EQUIPO ES PARA LIQUIDOS ENDOVENOSOS Y EL SEGUNDO EQUIPO ES PARA TRATAMIENTO MEDICO (ANTIBIOTICO- ANALGESIA) POR

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:

LO TANTO SI SON PERTINENTES Y NECESARIOS.SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,523,319.00
VALOR GLOSADO :	169792.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	169792.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO, -7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308203	**No.**	200671	**Siniestro**	90759098	**No. Factura**	FEC164478		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	27/08/2024	**Fecha aviso**	02/09/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	06/11/2024	**Póliza**	812315030	**Vigencia**	04/07/2024	**hast**	03/07/2025

Id tomador	26426151	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	26426151	**Nombre**	MARICELA ALVAREZ QUINTANA
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	T149		**Ciuda** NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
8	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	NO SE RECONOCE 21101 ANTEBRAZO BILATERAL NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	557,600	69,700	487,900
4	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE 21102 PIERNA BILATERAL NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	361,600	90,400	271,200
2	21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL		100%, 100%	198,600	0	198,600
1	21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES		100%	589,300	0	589,300
1	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	77,700	0	77,700
1	39132	VALORACIÓN 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	39140	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA		100%	79,100	0	79,100
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	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	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCE EQUIPO MACROGOTEO POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTE DE ACUERDO A TIEMPO DE ESTANCIA Y TRATAMIENTO ADMINISTRADO.		17,529	4,800	12,729
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , ,	100%	36,590	4,892	31,698

1001	Cobrado	2,523,319
1002	Obj. Parcial	169,792
1003	Liquidado	2,353,527

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 185597

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -185597 **Fecha** 2024/08/27

Nombre Paciente: ALVAREZ QUINTANA MARICELA - 26426151 **Edad:** 58 **Sexo:** F

Quien Realiza: DKA- DANNA KATHERINE AVENDAÑO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
2. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Diagn%sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
2. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
5. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Descripcion de las Intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	DKA	-

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 EN CODO + DEDOS DE LA MANOS + RODILL 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.

DANNA

QUIEN REALIZA

Maricela

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,26-Sep-2024 13:49:5

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: 2024.08.2 09:08

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 59 Años Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO

26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA 1 NIVEL I NEIVA CALLE 74 N 1B-14 3173765258

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2024.08.27	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	DKA	10.00
2024.08.27	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	DKA	10.00
2024.08.27	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	DKA	6.00
2024.08.27	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	DKA	1.00
2024.08.27	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	DKA	1.00

PACIENTE: 26426151 ALVAREZ QUINTANA MARICELA **EDAD:** 59

DIRECCION: CALLE 74 N 1B-14 **TELEFONO:** 3173765258

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64890 **FECHA SINIESTRO:** 2024.08.26 **Nº POLIZA:** 8123150300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	martes, 27 de agosto de 2024					
09:39:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
09:39:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
09:39:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	GORI	
09:39:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		DIA	GORI	
09:39:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	GORI	
09:39:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	GORI	
09:39:00	TAPON HEPARINIZADO	1.00		DIA	GORI	
09:39:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	GORI	
17:39:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFVI	
17:39:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFVI	
17:39:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFVI	
17:39:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFVI	
17:39:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	MFVI	
23:29:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
23:29:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	NRI	
23:29:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 23.00

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:20:53 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164478

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
663172199967aea52997017b054a7752e3eaacf04c056c7b63e4eac073dc99f3198ccc83595dcba0bb0668e31a88e4b3

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2523319

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-10-30 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
0afbd82fecc44a88be2e114f58ce56fd7770e4becf63ce84405c01d108cb09fd4d622d9953b94f3cb6a614dedc8b86b4

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-30 02:37:26.000 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. FEC164478

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
663172199967aea52997017b054a7752e3eaacf04c056c7b63e4eac073dc99f3198ccc83595dcba0bb0668e31a88e4b3

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
4e2a1ff62dc5e6a71a1bc08438e6cfb56f0de4c11bfbb0b97e88aa56056e68b6a0e183dfe51881cd7343373bd1fa58cb

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-30 02:51:24.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
c16007ef004458a75ed424e78b6fce7c2a0a59754bd95710d0bb03c74d5cd55a18731fe435e03fa15c6c12d3e0860ded

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-30 06:16:29.000 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

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. FEC164478

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-09-30 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
663172199967aea52997017b054a7752e3eaacf04c056c7b63e4eac073dc99f3198ccc83595dcba0bb0668e31a88e4b3

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7d0f520c8c53747d45d631760a9ca5fa6f14b181ce219ae015a01927a252103143d6747ae9ec862b7c8b5b4d7b864e6b

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-09-30 06:16:38.000 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: 2/8/2025 -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 ,2024.10.02	14:18:07	2024.11.01

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64510

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

VIA DE INGRESO URGENCIAS
ORDEN SS 185055
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES 2024.08.20 - 08:38
FEC-HORA EGRESO 2024.08.20 - 14:08

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 12258228 CARDOZO MORA YONEDY
EDAD : 46 Años
DIRECCION: BARRIO LIMONAR NEIVA
TELEFONO: 3209565737

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	20-Ago-2024	S55101					APG	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
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
935100	VENDA YESO DE 4X5								3	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								3	0	0
	VENDA ALGODON 4X5								3	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								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.20	873121					APG	1	90,400	90,400
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2024.08.20	879510					APG	1	589,300	589,300
879910	RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:	2024.08.20	879910					APG	1	1,002,500	1,002,500

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 CA... 774 667 CODIGO ... 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...12.27 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Has... -00080000 AUTORIZA

¡Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308206

Cufe: 7b2dbf62ea701a1e5d0b8e2510c85c23abbd9ba99eafdde32607909bd06662e4e87e8b7d0b0cdb8b5b2a4bd27af27d...

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 ,2024.10.02	14:18:07	2024.11.01

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64510

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 185055

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2024.08.20 - 08:38
FEC-HORA EGRESO: 2024.08.20 - 14:08

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 12258228 CARDOZO MORA YONEDY
EDAD : 46 Años
DIRECCION: BARRIO LIMONAR NEIVA
TELEFONO: 3209565737

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codlgo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	20-Ago-2024	S55101					APG	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
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								2	0	0
935100	VENDA YESO DE 4X5								3	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X6								3	0	0
	VENDA ALGODON 4X5								3	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
20057651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.20	873206					APG	1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.20	873121					APG	1	90,400	90,400
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2024.08.20	879510					APG	1	589,300	589,300
879910	RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:	2024.08.20	879910					APG	1	1,002,500	1,002,500

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: /b2dbf62ea701a1e5d0b8e2510c85c23abbd9ba99eafdde32607909bd06662e4e87e8b747c0f76fb8b5b2a4bd27af27d

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: 800110161-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentos

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.10.02	14:18:07	2024.11.01

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64510

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2024.08.20	935304		APG				1	77,700	77,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.08.20	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.08.20	890701		APG				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.20	S22101		EMF				1	29,300	29,300
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2024.08.20	S22103		APG				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	2,694,992	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,694,992

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.10.02 02:25:20 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR; CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT, 800.110.161-9

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: 7b2dbf62ea701a1e5d0b8e2510c85c23abbd9ba99eafdde32607909bd06662e4e87e8b747c0f76fb8b5b2a4bd27af27d

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:	64510
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 2,627,092
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 67,900
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64510

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CARDOZO	MORA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
YONEDY	

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] CN [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE

No. Documento: 12258228

De: 41020 Fecha de Nacimiento: 30/05/1978 Sexo: [ ] F [X] M [ ] O

Direccion: BARRIO LIMONAR

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3209565737

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 21 SUR CON CARRERA 30

Fecha Evento/Accidente: 20/08/2024 Hora: 07:40

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA GIO63D QUIEN COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] Poliza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ] Aseg. D.2497 [ ]

No Aseg. Propi Inter o Sin Infor. [ ] No Aseg. Sin PLaca [ ] Marca: HONDA Placa: GIO63D

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 8121964500

Vigencia de la Poliza: Desde: 12/04/2024 Hasta: 11/04/2025

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

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
MEDINA	CACHAYA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
NELSON	

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 12255601

Direccion: BARRIO LIMONAR

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3209565737 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CARDOZO	MORA
1er.Nombre	**2do.Nombre**
YONEDY	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 12258228

Direccion: BARRIO LIMONAR

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3209565737

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 únicamente 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: 20/08/2024 **a las** 08:38

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 20/08/2024 **a las** 14:08

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del 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

Número de Registro de Medico 55302763

24

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	2694992	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 infonnacion 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. 65844

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARDOZO MORA YONEDY

DOC.IDENT:	CC 12258228	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	BARRIO LIMONAR		
FCHA.NACTO:	1978.05.30	EDAD:	46 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209565737
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2024.08.20	HORA DE INGRESO: 08:38
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2024.08.20	HORA DE EGRESO: 14:08
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.08.20-09:19:13 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 CONDCUTOR DE LA MOTO CON PLACA GIO63D QUIEN COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 08:35 AM
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.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO VOMITO NO TOS, NO FIEBRE

** SIGNOS VITALES:
TA: 136/96 FC: 88 FR: 17 TEMP: 36.3 TALLA: 177 PESO: 90 IMC: 29 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, NO DOLOR.
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES.
<<PELVIS>>
SIN LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65844

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARDOZO MORA YONEDY

DOC.IDENT:	CC 12258228	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	BARRIO LIMONAR		
FCHA.NACTO:	1978.05.30	EDAD:	46 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209565737
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES SIMETRICAS CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL EN MANOS MUÑECAS BILATERAL, ANTEBRAZO, CODO Y HOMBRO DERECHO.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASION CON CONTAMINACION EN CODO Y ANTEBRAZO 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, 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.
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR IM AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.08.20-09:45:00 MEDICO: / (AUXIL. EMF - EDNA MILENA FALLA MOTTA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65844

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CARDOZO MORA YONEDY

DOC.IDENT:	CC 12258228	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	BARRIO LIMONAR		
FCHA.NACTO:	1978.05.30	EDAD:	46 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209565737
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 09:20 / 09:26 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: EDNA MILENA FALLA MOTTA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

09+20 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 RODILLA DERECHA + 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.
/

*** FECHA: 24.08.20-11:38:56 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DOLOR INTENSO EN LA MUÑECA IZQUIERDA CON LIMITACION FUNCIONAL MARCADA SE INDICA VALORACION POR ORTOPEDIA.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA,

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA,

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA,

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA,

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA,

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA,

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA,

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

** PLAN DE MANEJO:
PLAN: VALORACION POR ORTOPEDIA.

*** FECHA: 24.08.20-11:47:31 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65844

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARDOZO MORA YONEDY

DOC.IDENT:	CC 12258228	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	BARRIO LIMONAR		
FCHA.NACTO:	1978.05.30	EDAD:	46 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209565737
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PUÑO IZQUIERDO ,
AL EXAMEN FISICO: PUÑOI IZQ DERRAME ARTICULAR , DOLOR A PALPACION DE ESCAFOIDES . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: FRACTURA DE ESCAFOIDES ?
PLAN: SS TAC DE PUÑO IZQ

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

TAC DE MU¥ECA IZQUIERDA 3D

*** FECHA: 24.08.20-13:45:06 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
TAC DE PUÑO IZQ FRACTURA DE HUESO GRANDE Y BASE DE 3 METACARPIANO IZQ NO DESPLAZADAS .
DX FRACTURA HUESO GRANDE Y 3 METACARPIANO IZQ
PLAN INMOVILIZAR CON FERUÑLA DE YESO
ANALGESICOS
CONTROL CE EN 1 MES
INCAPACIDAD 30 MDIAS

*** FECHA: 24.08.20-14:05:51 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 13:50 / 14:05 DURACION: 00:14

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 24.08.20-14:06:13 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

17

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65844

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CARDOZO MORA YONEDY

DOC.IDENT:	CC 12258228	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	BARRIO LIMONAR		
FCHA.NACTO:	1978.05.30	EDAD:	46 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209565737
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SE REVALORA PACIENTE POR PARTE DE ORTPEDIA QUIEN CONSDIDERA UE PACIENTE CURSA CON FRACTURA HUESO GRANDE Y 3 . METACARPIANO IZQ
SE INDICA REQUIERE MANEJO CON FERULA DE YESO, SE LE DAN IONDICACIONE SY RECOMENDAICONES DADAS POR ESPECIALIDAD.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE MUÑECA IZQUIERDA 3D: FRACTURA HUESO GRANDE Y 3 METACARPIANO IZQUIERDO.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL.

** 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 SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

***** FECHA: 24.08.20-14:07:51 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** 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 PARA RESPIRAR, SI LOS PUNTOSDE LAS HERIDAS SE LE HAN ABIERTO, SI LAS HERIDAS ESTAN ROJAS CALIENTES, LE BOTAN PUS O SECRESION, 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.
- NO RETIRAR FERULA, NO MJOAR, NO ENSUCIARLA. USAR UNA BOLSA PARA CUBRIR BIEN LA FERULA PARA QUE NO SE LE MOJE
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR TRES VECES POR DIA POR UNA SEMANA*
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINAR EL TIEMPOINDICADO POR SU MEDICO.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** ORDENES MEDICAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65844

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARDOZO MORA YONEDY

DOC.IDENT:	CC 12258228	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	BARRIO LIMONAR		
FCHA.NACTO:	1978.05.30	EDAD:	46 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3209565737
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 30 DIAS CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 30, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLTAS CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.08.20-14:08:41 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.08.20-14:08:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO		
RELACIONADO 1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		
RELACIONADO 2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

DR@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 185055

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -185055 **Fecha** 2024/08/20

Nombre Paciente: CARDOZO MORA YONEDY - 12258228 **Edad:** 46 **Sexo:** M

Quien Realiza: EMF- EDNA MILENA FALLA MOTTA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	EMF	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 09+20 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 RODILLA DERECHA + 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.
/

EDNA.
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Ago-2024 10:44:0

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:** 2024.08.2	08:38
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	46 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
12258228 CARDOZO MORA YONEDY	1 NIVEL I		NEIVA	BARRIO LIMONAR	3209565737

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.08.20	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	EMF	10.00
2024.08.20	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	EMF	10.00
2024.08.20	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	EMF	6.00
2024.08.20	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	EMF	1.00
2024.08.20	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	EMF	1.00

13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 185055

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -185055 **Fecha** 20/08/2024

Nombre Paciente: CARDOZO MORA YONEDY - 12258228 **Edad:** 46 **Sexo:** M

Quien Realiza: APG- ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:
1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:
1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las Intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	APG	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS, SE REALIZA INMOVILIZACION DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES. LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

QUIEN REALIZA

Yonedy Cardozo.
FIRMA DE PACIENTE

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Ago-2024 10:44:1

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**		**ANEXO1**	**VIA INGRESO** URGENCIAS	
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO			**MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2024.08.2	08:38
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	46 Años		**Fecha Egreso** :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**		**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
12258228 CARDOZO MORA YONEDY	1 NIVEL I		NEIVA	BARRIO LIMONAR	3209565737

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.08.20	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	APG	3.00
2024.08.20	ME	VENDA4X5	VENDA ALGODON 4X5	APG	3.00
2024.08.20	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 4X5	APG	3.00

PACIENTE: 12258228 CARDOZO MORA YONEDY **EDAD:** 46

DIRECCION: BARRIO LIMONAR **TELEFONO:** 3209565737

ENTIDAD: ATI501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64762 **FECHA SINIESTRO:** 2024.08.18 **Nº POLIZA:** 8121964500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	martes, 20 de agosto de 2024					
09:20:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	MFA	
09:20:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	MFA	
09:20:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -216040

FECHA EMISION:	2024.08.20
HORA:	14:13:55
PAGINA No:	1

USUARIO: CARDOZO MORA YONEDY
FECHA DE PEDIDO: 2024/08/20
DOC.IDENT: CC 12258228 **CAMA:** -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
		TOTAL CANTIDAD:	50.00

20/08/2024
Recibido Paciente

9

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: CARDOZO MORA YONEDY No. Identif. 12258228 Edad. 46

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.08.20

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 30.00	TOMAR DOS TABLTAS CADA 8 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR UNA CADA 8 HORAS.

MEDICO **FARMACIA** yome dicaz 1001 **PACIENTE**

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:	11:18:30
PAGINA No:	1

Numero: 92418 Fecha Ex. 20/08/24 Hora 14:49
Nombre Paciente: 12258228 CARDOZO MORA YONEDY
Dirección: BARRIO LIMONAR Telefono:3209565737 Edad:46 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA 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 se advierte imagen sin desplazamiento de la apófisis esteloidea del cubito.
Relación articular radio carpiana normal.
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.
edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP neutra y en extensión 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 MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay imagen de antigua fractura consolidada del 5° metacarpiano satisfactoriamente alineada.

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.

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:	11:18:30
PAGINA No:	2

Numero: 92418 Fecha Ex. 20/08/24 Hora 14:48
Nombre Paciente: 12258228 CARDOZO MORA YONEDY
Dirección: BARRIO LIMONAR Telefono:3209565737 Edad:46 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA Prioridad: ALTA

LECTURA

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:	24.08.27
HORA:	11:18:45
PAGINA No:	1

Numero: 92429 Fecha Ex. 20/08/24 Hora 15:08
Nombre Paciente: 12258228 CARDOZO MORA YONEDY
Dirección: BARRIO LIMONAR Telefono:3209565737 Edad:46 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE MU¥ECA IZQUIERDA 3D Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE MU¥ECA IZQUIERDA 3D

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de 3mm de espesor cubriendo las estructuras del puño.
HALLAZGOS:
En las imágenes axiales se advierte el aspecto distal de cubito y radio con características normales la superficie articular radio carpiana es normal.
No hay evidente desprendimiento de apófisis esteloidea del cubito.
En la primera fila del carpo del escafoides sin ningún alteramiento pisifoide no muestran cambios.
La segunda fila del carpo se advierten desprendimiento óseo de reborde inferior del hueso grande.
Llama la atención la presencia de pequeño foco de fractura que compromete el aspecto proximal dl 3° metacarpiano en su borde lateral interno con pequeño desprendimiento de fragmento óseo a este nivel.
Las demás estructuras articulares del puño no muestran otras irregularidades.
Hay reconstrucciones en 3D volumétricas en la se observan reflejado en su aspecto distal con características satisfactorias.
Hay edema de tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

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, 20-08-2024

Señores Equidad

Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Yonaly cordoba Mora identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1225B228, 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 ~~Diciembre~~ a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Yonaly cordoba

Firma
Nombre: Yonaly cordoba mora
c.c. 1225B228

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022356512

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
GIO63D	HONDA	CB 110	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
109	VERDE CANDY	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JC47E-7-6003592	N	9FMJC4720EF008186

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMJC4720EF008186	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
MEDINA CACHAYA NELSON	C.C. 12255601

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.258.228

CARDOZO MORA

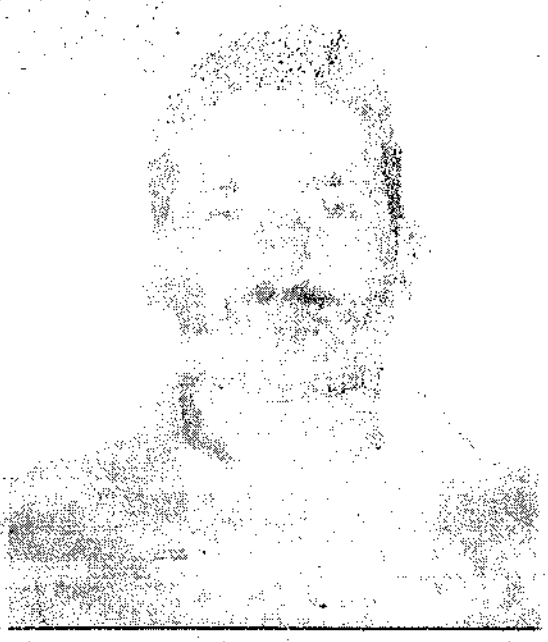
APELLIDOS

YONEDY

NOMBRES

Yonedy cardozo

FIRMA



Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882013000150997

IE
I

FECHA IMPORT
05/11/2013

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

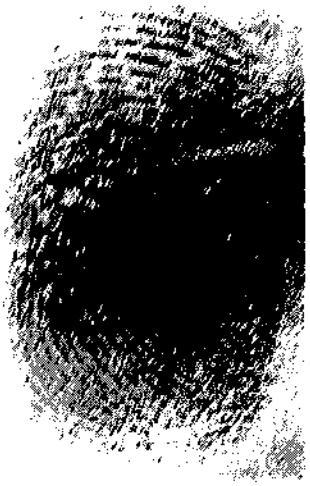
FECHA MATRICULA
10/12/2013

FECHA EXP. LIC. TTO
25/02/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA



LTOP000633793

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1978

ALGECIRAS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

28-AGO-1997 ALGECIRAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1901300-00154918-M-0012258228-20090422 0010925050A 1 6680100342

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:	GIO63D		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10032527125	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	CB 110
MODELO:	2014	COLOR:	VERDE CANDY
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	JC47E-7-6003592
NÚMERO DE CHASIS:	9FMJC4720EF008186	NÚMERO DE VIN:	9FMJC4720EF008186
CILINDRAJE:	109	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	10/12/2013
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOyTTE MCPAL FUNZA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(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
8121964500	11/04/2024	12/04/2024	11/04/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8108400500	10/04/2023	11/04/2023	10/04/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
14575001316270	09/04/2022	10/04/2022	09/04/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 13/11/2024

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-FEC1-64510 fechada el dia 24.10.02 cuyo paciente es CARDOZO MORA YONEDY

HISTORIA No. 12258228

GLOSA No: ZGL-1-48983 **SINIESTRO:** 64510

Recibido! 15 de Noviembre del 2024 20313282

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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	57600.00	

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: 13/11/2024

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-FEC1-64510 fechada el dia 24.10.02 cuyo paciente es CARDOZO MORA YONEDY

HISTORIA No. 12258228

GLOSA No: ZGL-1-48983 **SINIESTRO:** 64510

>> 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 EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	57600.00	

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	57600.00	

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, EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL EN MANOS Y MUÑECAS BILATERALES PUESTO A QUE SE TRATAN DE DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO SE PUEDE HOMOLOGAR A (21106) COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA TODA VEZ QUE NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS. POR CONSIGUIENTE, SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,694,992.00
VALOR GLOSADO :	67900.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REPUTADO:	67900.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308206	**No.**	200330	**Siniestro**	90758739	**No. Factura**	FEC164510		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	20/08/2024	**Fecha aviso**	22/08/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	31/10/2024	**Póliza**	812196450	**Vigencia**	12/04/2024	**hast**	11/04/2025

Id tomador	12255601	**Nombre tomador**	
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	12258228	**Nombre**	YONEDY CARDOZO MORA
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S500		**Ciuda** NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
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 SE HOMOLOGAN A 2.21106 DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y ESTUDIOS PERTINENTES.	100%, 100%	418,200	57,600	360,600
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	NO SE RECONOCE 39143 NO PERTINENTE SE HOMOLOGA A COD 39132 SEGUN LO RELACIONADO EN HC.	100%	71,500	10,300	61,200
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	95,500	0	95,500
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	29,300	0	29,300
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	81,400	0	81,400
1	37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	77,700	0	77,700
1	21722	RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:		100%	1,002,500	0	1,002,500
1	21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES		100%	589,300	0	589,300
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	90,400	0	90,400
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
1	77702	INSUMOS			500	0	500
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	26,492	0	26,492

1001	Cobrado	2,694,992
1002	Obj. Parcial	67,900
1003	Liquidado	2,627,092

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
LEIDY.BAQUERO			DRA. CLAUDIA MORENO.

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:21:19 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164510

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7b2dbf62ea701a1e5d0b8e2510c85c23abbd9ba99eafdde3260
7909bd06662e4e87e8b747c0f76fb8b5b2a4bd27af27d

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2694992

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-11-01 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
6b960e578e2aa75dddd6ec4e655bc5ccfefe7db7e53bbf449be2
55a9ee2cc5d55950b98c56a18018bdfb05f6b014625d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-02 02:25:20.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164510

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7b2dbf62ea701a1e5d0b8e2510c85c23abbd9ba99eafdde3260
7909bd06662e4e87e8b747c0f76fb8b5b2a4bd27af27d

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
584933d605b88a9a2fab73af5572966cf0a1cfc073fa814f9fc084c
94dc4c0fc5f6f9eaa65d65458ea89125199948790

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-02 02:59:38.000 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:
12802e40b38de0357907a87c8c6e48b9813738d9f4533171a18
7408344ddf8faeeac2571d954e7a09f82466491fd691f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:29:51.000 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

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. FEC164510

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-02 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7b2dbf62ea701a1e5d0b8e2510c85c23abbd9ba99eafdde3260
7909bd06662e4e87e8b747c0f76fb8b5b2a4bd27af27d

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
9aaa364d7f4036ea0a27b525c5d07385fe1f3f13ce355ac23621e
3e081479c27065e3c99186e287588802fa7acb07875

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:30:02.000 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

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: 2/8/2025 -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 ,2024.10.03	10:44:56	2024.11.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64538

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: 185211

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2024.08.21 - 22:09
FEC-HORA EGRESO: 2024.08.21 - 23:16

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075306752 MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA
EDAD : 28 Años
DIRECCION: BARRIO VILLA COLOMBIA NEIVA TELEFONO: 3168206933

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codlgo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067651-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.21	873206		JAB				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.21	873206		JAB				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.21	873206		JAB				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.21	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.21	873121		JAB				1	90,400	90,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.08.21	890701		JAB				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.21	S22101		NRI				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	522,700	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	522,700

SON: QUINIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.10.03 10:45:56 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE 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 D... Fecha: 202... 12:...7 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-000...5595 Has... ...1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 9c3c6460711e9e924830dd04242db49ec569c764b6727b5b6d8b0e5eccce9ec137f6... ...0cd0e0776eb6d0153...

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. 900.390.126 - 6

Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308209

15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.10.03	10:44:56	2024.11.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64538

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 185211
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2024.08.21 - 22:09 | 2024.08.21 - 23:16

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075306752 MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA EDAD : 28 Años
DIRECCION: BARRIO VILLA COLOMBIA NEIVA TELEFONO: 3168206933
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067661-03	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.21	873206		JAB				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.21	873206		JAB				1	69,700	69,700
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2024.08.21	873206		JAB				1	69,700	69,700
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.21	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.08.21	873121		JAB				1	90,400	90,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.08.21	890701		JAB				1	81,400	81,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024.08.21	S22101		NRI				1	29,300	29,300

VALOR BRUTO:	522,700	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	522,700

SON: QUINIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.10.03 10:45:56 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023.12.27 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

15

Cufe: 9c3c6460711e9e924830dd04242db49ec569c764b6727b5b6d8b0e5eccce9ec137f6fa79e0dd94c0cd0e0776eb6d0153

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:	64538
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 493,900
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 28,800
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64538

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
MURCIA	QUILA

1er.Nombre	2do.Nombre
MARY	ALEJANDRA

Tipo de Documento: CC [X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1075306752

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 18/08/1996 Sexo: F [X] M O

Direccion: BARRIO VILLA COLOMBIA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3168206933

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 21 CON CARRERA 7 A

Fecha Evento/Accidente: 21/08/2024 Hora: 21:40

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 PND95G, 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: VICTORY Placa: PND95G

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 8119113100

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 28/10/2023 Hasta: 27/10/2024

18

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: BARRIO VILLA COLOMBIA

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3168206933 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

MURCIA	QUILA
1er.Apellido	2do.Apellido
MARY	ALEJANDRA
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1075306752

Direccion: BARRIO VILLA COLOMBIA

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3168206933

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: 21/08/2024 **a las** 22:09

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Fecha de Egreso: 21/08/2024 **a las** 23:16

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO

Diagnostico relacionado de Egreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

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

N·mero de Registro de Medico 1061724214

17

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	522700	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

16

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65879

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075306752	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO VILLA COLOMBIA
FCHA.NACTO:	1996.08.18	EDAD:	28 A	CIUDAD:	NEIVA TEL: 3168206933
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:			

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.08.21 — HORA DE INGRESO: 22:09
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.08.21 — HORA DE EGRESO: 23:16
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S903 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
RELACIONADO1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.08.21-22:25:28 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA PND95G, COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 22+09 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN TOBILLO Y PIE DERECHO, HOMBRO, PIERNA Y TOBILLO 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: 110/70 FC: 71 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 160 PESO: 46 IMC: 18 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

14

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65879

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075306752	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO VILLA COLOMBIA		
FCHA.NACTO:	1996.08.18	EDAD:	28 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3168206933
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	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 PIE DERECHO, HOMBRO, PIERNA IZQUIERDA AMBOS TOBILLOS. LEVE DOLOR EN CODO 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 HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

** 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.

12

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65879

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075306752	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO VILLA COLOMBIA		
FCHA.NACTO:	1996.08.18	EDAD:	28 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3168206933
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.08.21-23:10:17 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.08.21-23:16:02 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO. AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 115/75 FC: 72 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 5 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 6.
1) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
2) EN ÁREAS DE CONTUSIÓN SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCIÓN, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65879

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075306752	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO VILLA COLOMBIA		
FCHA.NACTO:	1996.08.18	EDAD:	28 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3168206933
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

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) 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 DIAS.
, DURACION TRATAM: 8, 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

MANEJO COMPLEMENTARIO:
1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.
2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS O -- FYNEXIN GEL(IBUPROFENO 5%) APLICAR CADA 6 POR 5 DIAS NO MASAJIAR. TOTAL 1. (UNO DE LOS TRES , APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

*** FECHA: 24.08.21-23:16:40 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: 2024.08.21-23:16:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 24.08.21-23:17:26 MEDICO: / (JEFE ENF. NRI - INGRID KATERINE NARVAEZ RODRIG - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)***
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:27 / 22:30 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: INGRID KATERINE NARVAEZ RODRIG

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

22:27 HRS//CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO EPP Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 65879

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA

DOC.IDENT:	CC 1075306752	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	BARRIO VILLA COLOMBIA		
FCHA.NACTO:	1996.08.18	EDAD:	28 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3168206933
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:					

SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 Y POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE LA JEFE DE TURNO INGRID NARVAEZ ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG IM EN GLUTEO DERECHO Y SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S903 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE		
RELACIONADO 1:	S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO		
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 y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061.724.214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 185211

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -185211 **Fecha** 2024/08/21

Nombre Paciente: MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA - 1075306752 **Edad:** 28 **Sexo:** F

Quien Realiza: NRI- INGRID KATERINE NARVAEZ RODRIG **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn%sticos Previos:

1. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE

Diagn%sticos Definitivos:

1. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
5. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
6. S903-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE

Descripcion de las Intervenciones Realizadas:

C%digo	Descripci%n	M%dico	Via
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	NRI	

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci%n: 22:27 HRS//CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO EPP Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 Y POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE LA JEFE DE TURNO INGRID NARVAEZ ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG IM EN GLUTEO DERECHO Y SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

Ingrid Narvaez
QUIEN REALIZA

Mary Murcia
FIRMA DE PACIENTE

PACIENTE: 1075306752 MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA **EDAD:** 28

DIRECCION: BARRIO VILLA COLOMBIA **TELEFONO:** 3168206933

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-64794 **FECHA SINIESTRO:** 2024.08.21 **Nº POLIZA:** 8119113100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	miércoles, 21 de agosto de 2024					
22:26:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	NRI	
22:26:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	NRI	
22:26:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -216127

FECHA EMISION:	2024.08.21
HORA:	23:25:40
PAGINA No:	1

USUARIO: MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA
DOC.IDENT: CC 1075306752 **CAMA:** -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2024/08/21
ORIGEN:
MEDICO: Dr. JHOAN ALBEIRO BAZAN

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
		TOTAL CANTIDAD:	50.00

Mary Murcia
Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA No. Identif. 1075306752 Edad. 28

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.08.21

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 30.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7

MANEJO COMPLEMENTARIO:

1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.

2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS O -- FYNEXIN GEL(IBUPROFENO 5%) APLICAR CADA 6 POR 5 DIAS NO MASAJIAR. TOTAL 1. (UNO DE LOS TRES , APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.28
HORA:	10:49:17
PAGINA No:	1

Numero: 92498 Fecha Ex. 21/08/24 Hora 09:59
Nombre Paciente: 1075306752 MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA
Dirección: BARRIO VILLA COLOMBIA Telefono:3168206933 Edad:28 A Sexo:F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO 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 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.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.08.28
HORA:	10:49:17
PAGINA No:	2

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 21/08/2024

Señores Equidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Mary Alejandra Nuraa identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No 1075306752, 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 21/08/2024 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

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	1075306752
NOMBRES	MARY ALEJANDRA
APELLIDOS	MURCIA QUILA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/21/2024 22:11:57	**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".

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:	**PND95G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10030360564**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**VICTORY**	LÍNEA:	**ADVANCE X1**
MODELO:	**2024**	COLOR:	**NEGRO NEBULOSA**
NÚMERO DE SERIE:	**9GFRP1JB0RCH00418**	NÚMERO DE MOTOR:	**RW154FMI230000345**
NÚMERO DE CHASIS:	**9GFRP1JB0RCH00418**	NÚMERO DE VIN:	**9GFRP1JB0RCH00418**
CILINDRAJE:	**127**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**31/10/2023**
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
8119113100	27/10/2023	28/10/2023	27/10/2024	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: 13/11/2024

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-FEC1-64538 fechada el dia 24.10.03 cuyo paciente es MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA

HISTORIA No. 1075306752

GLOSA No: ZGL-1-48980 **SINIESTRO:** 64538

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 28800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 28800.00
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 DE TOBILLO DERECHO Y TOBILLO IZQUIERDO, SE TRATAN DE DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO SE PUEDE HOMOLOGAR A (21106) COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA TODA VEZ QUE NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS. POR CONSIGUIENTE, SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

Recibido
15 de Noviembre del 2024
20313283
equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	522,700.00
VALOR GLOSADO :	28800.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	28800.00
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: 13/11/2024

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-FEC1-64538 fechada el dia 24.10.03 cuyo paciente es MURCIA QUILA MARY ALEJANDRA

HISTORIA No. 1075306752

GLOSA No: ZGL-1-48980 **SINIESTRO:** 64538

>> ITEM GLOSADO 1: 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 EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIDAD DE TOBILLO DERECHO Y TOBILLO IZQUIERDO, SE TRATAN DE DOS REGIONES ANATOMICAS TOTAL DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION. POR TANTO, NO SE PUEDE HOMOLOGAR A (21106) COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA TODA VEZ QUE NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS. POR CONSIGUIENTE, SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	522,700.00
VALOR GLOSADO :	28800.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	28800.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308209	**No.**	200391	**Siniestro**	90758783	**No. Factura**	FEC164538		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	21/08/2024	**Fecha aviso**	23/08/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	31/10/2024	**Póliza**	811911310	**Vigencia**	28/10/2023	**hast**	27/10/2024
Id tomador	1075306752	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075306752	**Nombre**	MARY ALEJANDRA MURCIA QUILA						
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 Y SE HOMOLOGA A 1.21106 DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y ESTUDIO PERTINENTE. //	100%, 100%, 100%	209,100	28,800	180,300
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	180,800	0	180,800
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		100%	21,600	0	21,600

1001	Cobrado	522,700
1002	Obj. Parcial	28,800
1003	Liquidado	493,900

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 8 de 02 de 2025 a las 08:21:42 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164538

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-03 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
9c3c6460711e9e924830dd04242db49ec569c764b6727b5b6d8b0e5eccce9ec137f6fa79e0dd94c0cd0e0776eb6d0153

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
522700

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-11-02 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
7732245c9e46616ff17176dff2d650e282d1532be0486dd9785e207a9556708f57e6e993e7324ab1497e9a504bb53bde

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-03 10:45:56.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

DIAN

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164538

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-03 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
9c3c6460711e9e924830dd04242db49ec569c764b6727b5b6d8b0e5eccce9ec137f6fa79e0dd94c0cd0e0776eb6d0153

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
20cf03e98470b9b030cd8b6e06dc86b505120c2fcf8217861e48686ee32d395972c53d743726f54a0a12975756913ad8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:28:16.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
ef40b6ba4f11b7e47732f7418b02c5e5d7487f91a5b73639b3c87e94ec65c3828d25e72ce3090364bfbe82987f345afe

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:28:19.000 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. FEC164538

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-03 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
9c3c6460711e9e924830dd04242db49ec569c764b6727b5b6d8b0e5eccce9ec137f6fa79e0dd94c0cd0e0776eb6d0153

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
402fd2b161f752341ab499302b9d03418e128313ff96a8709f2a589d3e15aa5416634f56c5bdf3d1569b3e8b172cb042

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:28:33.000 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: 2/8/2025 -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 026 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.10.03	15:36:06	2024.11.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64564

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 186033
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO: 2024.09.03 - 19:02 2024.09.03 - 20:27

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1079184732 CARVAJAL CALDERON DEIVI
EDAD : 28 Años
DIRECCION: CALLE 14 N 10-92 CAMPOALEGRE
TELEFONO: 3504026881
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G 1i Interv 100%	3-Sep-2024	S55101					FGR	1	95,500	95,500
37201	ARTROCENTESIS	3-Sep-2024	819101	1				FGR	1	72,500	72,500
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
010102	GUANTE ESTERIL 6 .0								1	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	700	700
MEDICAMENTOS											
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								30	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								36	250	9,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.09.03	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.09.03	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.09.03	873121		JAB				1	90,400	90,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.09.03	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.09.03	890701		JAB				1	81,400	81,400
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2024.09.03	S22103		FGR				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO: 733,100 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR $ 733,100

SON: SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.10.03 03:37:08 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... 774 667 CODIGO DE COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPE... NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764062712252 De Fecha: 2023...7.27 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta...-00080000 AUTORIZA

Cufe: eaa0daf998d49993bb2d08d74d68c5eaa9c3610a143e2e6f81391a07038b61b77069e...cff2b20f4c7cf501b

Recibido! 15 de Octubre del 2024 20308210

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 ,2024.10.03	15:36:06	2024.11.02

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64564

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 186033
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2024.09.03 - 19:02 2024.09.03 - 20:27

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1079184732 CARVAJAL CALDERON DEIVI EDAD : 28 Años
DIRECCION: CALLE 14 N 10-92 CAMPOALEGRE TELEFONO: 3504026881
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39306	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G 1i Interv 100%	3-Sep-2024	S55101					FGR	1	95,500	95,500
37201	ARTROCENTESIS	3-Sep-2024	819101	1				FGR	1	72,500	72,500
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								1	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								1	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	700	700
MEDICAMENTOS											
19998775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								30	0	0
19908969-04	ACETAMINOFEN 500 MG								36	250	9,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19966639-01	CEFALEXINA 500 MG								24	1,000	24,000
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.09.03	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.09.03	873121		JAB				1	90,400	90,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2024.09.03	873121		JAB				1	90,400	90,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.09.03	890302		FGR				1	71,500	71,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2024.09.03	890701		JAB				1	81,400	81,400
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2024.09.03	S22103		FGR				1	95,500	95,500

VALOR BRUTO: 733,100 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR $ 733,100

SON: SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.10.03 03:37:08 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: eaa0daf998d49993bb2d08d74d68c5eaa9c3610a143e2e6f81391a07038b61b77069e91330ab946cff2b20f4c7cf5011

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:	64564
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 552,100
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 181,000
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64564

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
CARVAJAL	CALDERON

1er.Nombre	2do.Nombre
DEIVI	

Tipo de Documento: CC[X] CE CN PA RC TI AS MS PT PE SC CD DE

No. Documento: 1079184732

De: 41132 Fecha de Nacimiento: 12/08/1996 Sexo: F M[X] O

Direccion: CALLE 14 N 10-92

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3504026881

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132

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 BAJO PIRAVANTE

Fecha Evento/Accidente: 03/09/2024 Hora: 07:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA PNB86G 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: PNB86G

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 8119064000

Vigencia de la Poliza: Desde: 26/10/2023 Hasta: 25/10/2024

intervencion de la Auto. Si [ ] No [X]

Cobro excedente Poliza Si [ ] No [X]

24
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
CARVAJAL	CALDERON
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DEIVI	

Documento de identidad: CC [X] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI [ ] **No. Documento** 1079184732

Direccion: CALLE 14 N 10-92

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: CAMPOALEGRE **Cod.** 132 **Telefono:** 3504026881 **Total Folios:** 0

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er.Apellido	2do.Apellido
CARVAJAL	CALDERON
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DEIVI	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] AS [ ] MS [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] CD [ ] DE [ ] **No. Documento** 1079184732

Direccion: CALLE 14 N 10-92

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3504026881

Municipio: CAMPOALEGRE **Cod.** 132

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remision** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remision: 03/09/2024 a las 16:01

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: MELISSA MARGARITA JIMENO RADA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptacion: 03/09/2024 a las 16:16

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: 03/09/2024 a las 19:02

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso
S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Ingreso
T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

Fecha de Egreso: 03/09/2024 a las 20:27

Diagnostico presuntivo de Egreso
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico definitivo de Egreso
S836 ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS

Diagnostico relacionado de Egreso
M250 HEMARTROSIS

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

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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	733100	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 Contraloría 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. 66128

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARVAJAL CALDERON DEIVI

DOC.IDENT:	CC 1079184732	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 14 N 10-92		
FCHA.NACTO:	1996.08.12	EDAD:	28 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3504026881
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.09.03 — HORA DE INGRESO: 19:02
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2024.09.03 — HORA DE EGRESO: 20:27
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 24.09.03-19:13:30 MEDICO: / (DR(A), JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA PNB86G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR EL MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: CAMPOALEGRE VALORADO A LAS: 19+02 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 03/09/2024 SIENDO APROXIMADAMENE LAS 07 : 00 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL CON: DICLOFENACO, DEXAMETASONA 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.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 180 PESO: 101 IMC: 31 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 irritación peritoneal. No se palpan masa
<<GENITOURINARIO>>

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 66128

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CARVAJAL CALDERON DEIVI

DOC.IDENT:	CC 1079184732	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 14 N 10-92		
FCHA.NACTO:	1996.08.12	EDAD:	28 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3504026881
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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 IZQUIERDA DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN MUSLO, RODILLA Y PIERNA DERECHA, AUMENTO DE VOLUMEN EN RODILLA 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. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.
<<PIEL>>
Sin lesiones.
<<FANERAS>>
Sin lesiones.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITAN LOS STES ESTUDIOS:

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 12 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:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

- 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 TAPON VENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDISTA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.

19

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 66128

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARVAJAL CALDERON DEIVI

DOC.IDENT:	CC 1079184732	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 14 N 10-92		
FCHA.NACTO:	1996.08.12	EDAD:	28 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3504026881
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 24.09.03-19:28:07 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 FEMUR 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.

PENDIENTE LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES.

*** FECHA: 24.09.03-20:07:13 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 12 - SALA DE PROCEDIMIENTOS
HORA INICIAL/FINAL: 19:30 / 19:45 DURACION: 00:45

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ARTROCENTESIS VIA: 1 QUIEN REALIZA: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

BAJO ANLGESIA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILA DERCHA CON FRENAJE DE 120 ML DE SANGRE . SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO .

*** FECHA: 24.09.03-20:14:42 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA DERECHA ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA DERECHA DERRAME ARTICULAR XXX , DOLO Y LIMITACION FUNCIONAL . LACHMAN DUDOSO .
NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: ESGUINCE RODILLA DERECHA
PLAN: SE PASA A SALA DE PROCEDIMEINTOS

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE PROCEDIMIENTOS

18

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 66128

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CARVAJAL CALDERON DEIVI

DOC.IDENT:	CC 1079184732	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 14 N 10-92		
FCHA.NACTO:	1996.08.12	EDAD:	28 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3504026881
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ARTROCENTESIS
BAJO ANLGESIA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILA DERCHA CON FRENAJE DE 120 ML DE SANGRE . SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO .

PLAN
SALIDA CON MEDICACION
CONTROL CE EN 15 DIAS
INCAPACIDAD 20 DIAS

*** FECHA: 24.09.03-20:26:38 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 REMITIDO DE PRIMER NIVEL AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA MANEJO SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, POR PERSISTENCIA DE DOLOR LIMITACIÓN ES VALORADO POR TRAUMATOLOGÍA QUIEN DIAGNOSTICA ESGUINCE RODILLA DERECHA MAS HEMARTROSIS POR LO CUAL REALIZA ARTROCENTESIS E 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 135/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES, ORDEN DE SEGUIMIENTO, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:

** OTROS:

SOLICITAR CONTROL AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 7.
1) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
2) EN ÁREAS DE CONTUSIÓN SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCIÓN, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACIÓN, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO.
4) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
6) NO MOJAR INMOVILIZACIÓN, RETIRARA EN 48 HORAS.
7) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 66128

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CARVAJAL CALDERON DEIVI

DOC.IDENT:	CC 1079184732	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 14 N 10-92		
FCHA.NACTO:	1996.08.12	EDAD:	28 A	CIUDAD:	CAMPOALEGRE	TEL:	3504026881
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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

MANEJO COMPLEMENTARIO:
1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 24.09.03-20:27:56 MEDICO: / (DR(A), JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.09.03-20:27:01 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: VEINTE (20) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S836 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO		
RELACIONADO 1: M250 - HEMARTROSIS		
RELACIONADO 2: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

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 186033

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -186033 **Fecha** 03/09/2024

Nombre Paciente: CARVAJAL CALDERON DEIVI - 1079184732 **Edad:** 28 **Sexo:** M

Quien Realiza: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA **Sala:** 12 SALA DE PROCEDIMIENTOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S834-ESGUINCE DE LA RODILLA DERECHA
3. M250-HEMARTROSIS POSTRAUMATICA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.16323	ARTROCENTESIS	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: BAJO ANLGESIA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILA DERCHA CON FRENAJE DE 120 ML DE SANGRE . SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO .

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12-02-82

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

X
16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 3-Sep-2024 17:40:2

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:** 2024.09.0 19:02
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 28 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1079184732 CARVAJAL CALDERON DEIVI 1 NIVEL I CAMPOALEGRE CALLE 14 N 10-92 3504026881

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.09.03	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	GZM	1.00
2024.09.03	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	GZM	1.00
2024.09.03	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	GZM	1.00
2024.09.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	GZM	10.00
2024.09.03	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	GZM	30.00
2024.09.03	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	GZM	6.00
2024.09.03	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	GZM	1.00
2024.09.03	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	GZM	1.00
2024.09.03	LIF	AGUJA18	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	GZM	1.00

14

PACIENTE: 1079184732 CARVAJAL CALDERON DEIVI **EDAD:** 28

DIRECCION: CALLE 14 N 10-92 **TELEFONO:** 3504026881

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-65014 **FECHA SINIESTRO:** 2024.09.03 **Nº POLIZA:** 8119064000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	martes, 3 de septiembre de 2024					
19:14:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	HAC1	
19:14:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	HAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

18

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -217058

FECHA EMISION: 2024.09.03
HORA: 20:35:55
PAGINA No: 1

USUARIO: CARVAJAL CALDERON DEIVI
DOC.IDENT: CC 1079184732 **CAMA:** -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2024/09/3
ORIGEN:
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

Deivy Carvajal C
Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: CARVAJAL CALDERON DEIVI No. Identif. 1079184732 Edad. 28

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2024.09.03

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

MANEJO COMPLEMENTARIO:

1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

MEDICO

FARMACIA

Deivy Carvajal C.

PACIENTE

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	24.09.09
HORA:	17:08:34
PAGINA No:	1

Numero: 92853 Fecha Ex. 03/09/24 Hora 14:49
Nombre Paciente: 1079184732 CARVAJAL CALDERON DEIVI
Dirección: CALLE 14 N 10-92 Telefono: 3504026881 Edad: 28 A Sexo: M
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

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 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 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

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1

Neiva 03-09-2024

Señores
Equidad
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Deivi Conrad Caldero identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1079184732, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde 03-09-2024 través de SOAT ☑, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre: Deivi Conrad Caldero
c.c. 1079184732

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

9

REFERENCIA N° 12117 Folio HC N° 5

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No 09

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTE

INFORMACION DEL PRESTADOR

FECHA Y HORA 3/09/2024 4:01:13 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
CARVAJAL	CALDERON	DEIVI	

Tipo de documento de identificacion: Cédula_Ciudadanía Numero del documento de Identificación: 1079184732

Fecha de Nacimiento: 12/08/1996 Edad: 28 Años / 0 Meses / 22 Días

Direccion de residencia habitual: calle 14 n 10-92 Telefono: 3504026881

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: MELISSA MARGARITA JIMENO RADA 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:
" ME ACCIDENTE"

Evolucion Médica:
PACIENTE MASCULINO EN LA SEGUNDA DECADA DE LA VIDA SIN ANTECEDENTES RELEVANTES QUE CONSULTA DE MANERA ESPONTANEA EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR CUADRO CLINICO QUE INICIO A LAS 7:00 AM CUANDO SE ENCONTRABA EN CALDIAD DE CNDUCTOR DE SU MOTOCILCET CUANDO SE RESBALO PERDIENDO EL EQUILIBRIO OCACIOANDO CAIDA CON POSTERIOR DOLOR EN MIMEBRO INFEROR EN RODILA DERECHA CON DIFICULAT PARA LA MOVILIDAD EL APOYO RAZN POR LA QUE DECIDE CONSULTAR, NIEGA PEERDIDA DE LA CONSCIENCIA.

Enfermedad Actual:

Antecedentes:

Examen Físico: Examen Físico:
REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD VENTILATORIA NI BAJO GASTO, SATURACIONES ADECUADAS AL AIRE AMBIENTE, MUCOSA ORAL HUMEDA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES EUTROFICAS EDEMA, LLENADO CAPILAR <2SEG, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

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:** NO APORTA

MOTIVO DE REMISION

Motivo Remisión: Falta_Cama_IPS_Remite

Descripción Motivo: PACIENTE MASCULINO EN CONTEXTO DE CONTUSION DE RODILLA DERECHA CON LIMITACION A LA EXTENSION +EDEMA CONSIDERO TOMA DE ECOGRAFIA ART +IMAGEN Y VALOARCION POR ORTOPEDIA POR LO QUE CARGO REMISON A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD ,

Nombre IPS: **Nivel:**

Municipio: **Departamento :**

Servicio que Remite: URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS

Servicio Remitido: Urgencias

Resumen H.Clínica:

Fecha Confirmación: **Fecha Salida:**

IMPRESION DIAGNÓSTICA

CÓDIGO	NOMBRE
S800	CONTUSION DE LA RODILLA

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Melissa Jimeno Rada

C.C. 1221963908 - MELISSA MARGARITA JIMENO RADA
Registro Medico: 1221963908 - MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL EL ROSARIO DE CAMPOALEGRE] NIT [891180039-0]

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079184732				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	DEIVI CARVAJAL CALDERON		Identificación:	1079184732	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	12/agosto/1996 Edad:	28 Años - 0 Meses - 22 Días	Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	calle 14 n 10-92		Teléfono:	3504026881	
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 5		(Fecha: 03/09/2024 04:01 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	869402 Fecha:	3/09/2024 3:02:09 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI REINGRESO DE PACIENTE NO

INICIO DE ATENCION 03/09/2024 03:42 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

" ME ACCIDENTE"

Enfermedad Actual

PACIENTE MASCULINO EN LA SEGUNDA DECADA DE LA VIDA SIN ANTECEDENTES RELEVANTES QUE CONSULTA DE MANERA ESPONTANEA EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR CUADRO CLINICO QUE INICIO A LAS 7:00 AM CUANDO SE ENCONTRABA EN CALDIAD DE CNDUCTOR DE SU MOTOCILCET CUANDO SE RESBALO PERDIENDO EL EQUILIBRIO OCACIOANDO CAIDA CON POSTERIOR DOLOR EN MIMEBRO INFEROR EN RODILA DERECHA CON DIFICULAT PARA LA MOVILIDAD EL APOYO RAZN POR LA QUE DECIDE CONSULTAR, NIEGA PEERDIDA DE LA CONSCIENCIA.

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

NO APORTA

Otros Sistemas

NO REFIERE

Signos Vitales

Sistólica	130,00 mmHg	Diastólica	70,0000	FC	78,00 L"m	FR	17,00 R"m
Temperatura	36,00 °C	Talla	180,00 m	IMC	31,17 Kg/m2	Glasgow	15,00 /15
SaO2	98 %	Peso	101,00 kg	Dextrometer			

DESCRIPCIÓN EXÁMEN FISICO

Aspectos Generales	REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD VENTILATORIA NI BAJO GASTO, SATURACIONES ADECUADAS AL AIRE AMBIENTE, MUCOSA ORAL HUMEDA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES EUTROFICAS EDEMA, LLENADO CAPILAR <2SEG, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.	
Cabeza y cuello	NORMAL	
Ojos	NORMAL	
Otorrinolarigología	NORMAL	
Cardiovascular	NORMAL	

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079184732				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	DEIVI CARVAJAL CALDERON		Identificación:	1079184732	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	12/agosto/1996 Edad:	28 Años - 0 Meses - 22 Dias	Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	calle 14 n 10-92		Teléfono:	3504026881	
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° 5		(Fecha: 03/09/2024 04:01 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	869402	Fecha: 3/09/2024 3:02:09 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI **REINGRESO DE PACIENTE** NO

INICIO DE ATENCION 03/09/2024 03:42 p. m.)

Pulmonar	NORMAL	
Abdomen	NORMAL	
Tacto vaginal	NO APLICA	
Genitourinario	NORMAL	
Osteomuscular	NORMAL	
Extremidades	NORMAL	EDEMA EN RODILLA DERECHA CON FLEXION PERO LIMITACION EN LA EXTENSION .
Piel	NORMAL	
Neurológico	NORMAL	
Tacto rectal	NO EXPLORADO	

Plan

PACIENTE MASCULINO EN CONTEXTO DE CONTUSION DE RODILLA DERECHA CON LIMITACION A LA EXTENSION +EDEMA CONSIDERO TOMA DE ECOGRAFIA ART +IMAGEN Y VALOARCION POR ORTOPEDIA POR LO QUE CARGO REMISON A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD .

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones
S800	CONTUSION DE LA RODILLA	True	

ANTECEDENTES

Tipo	Detalle
Médicos	neg
Médicos	NEG
Médicos	NO REFIERE

MEDICAMENTOS

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
N02AX0207	TRAMADOL 50MG/ML AMPOLLA	1	SC AHORA
H02AB0205	DEXAMETASONA 8MG/ML AMPOLLA	1	IM AHORA
IDM000130	JERINGA 10 CC	2	....

EXAMENES

Código	Nombre	Cantidad	Observaciones
873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL	1	DERECHA

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	Condiciones	Requiere Cama
Remision			☐

Melissa Jimeno Rada

Medico: MELISSA MARGARITA JIMENO RADA

ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CAMPOALEGRE

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

HC ATENCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica:	1079184732				
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	DEIVI CARVAJAL CALDERON		Identificación:	1079184732	Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	12/agosto/1996 Edad:	28 Años - 0 Meses - 22 Días	Estado Civil:	Soltero	
Dirección:	calle 14 n 10-92		Teléfono:	3504026881	
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 5		(Fecha: 03/09/2024 04:01 p. m.)		
Responsable:			Teléfono Resp:		
Dirección Resp:			Nº Ingreso:	869402 Fecha:	3/09/2024 3:02:09 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General	

PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO SI **REINGRESO DE PACIENTE** NO

INICIO DE ATENCION 03/09/2024 03:42 p. m.)

No. Documento: 1221963908

Tarjeta Profesional: 1221963908

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.184.732
CARVAJAL CALDERON

APELLIDOS
DEIVI

NOMBRES
Deivy Carvajal

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1996
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,80 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

19-FEB-2015 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1902200-00686300-M-1079184732-20150414 0043868005A 1 43787732

3

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031032113

PNB86G	HONDA	CB125F	
124	NEGRO ROJO		PARTICULAR
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	
JA25E-4944970		N	9FMJA2592RF012378
		N	9FMJA2592RF012378

CARVAJAL CALDERON DERVI C.C. 1073184232

	6	
08202306008514	19/09/2023	
27/10/2023	01/02/2024	

INST TTOYTTE OPTAL DOR ARIVERA

LT07002978223

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:	**PNB86G**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10031012119**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**HONDA**	LÍNEA:	**CB125F.**
MODELO:	**2024**	COLOR:	**NEGRO ROJO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**JA25E-4944970**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FMJA2592RF012370**	NÚMERO DE VIN:	**9FMJA2592RF012370**
CILINDRAJE:	**124**	TIPO DE CARROCERÍA:	**SIN CARROCERIA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**27/10/2023**
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
8119064000	25/10/2023	26/10/2023	25/10/2024	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: 13/11/2024

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-FEC1-64564 fechada el dia 24.10.03 cuyo paciente es CARVAJAL CALDERON DEIVI

HISTORIA No. 1079184732

GLOSA No: ZGL-1-48987 **SINIESTRO:** 64564

Recibido!
15 de Noviembre del 2024
20313284

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 A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN MUSLO Y PIERNA DERECHA. 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. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 200.00
DOCUMENTO ANEXO:

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: 13/11/2024

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-FEC1-64564 fechada el dia 24.10.03 cuyo paciente es CARVAJAL CALDERON DEIVI

HISTORIA No. 1079184732

GLOSA No: ZGL-1-48987 **SINIESTRO:** 64564

>> 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 A LA PALPACION Y MOVILIDAD EN MUSLO Y PIERNA DERECHA. 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. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

>> ITEM GLOSADO 2: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	200.00	

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	200.00	SOPORTE SALA DE PROCEDIMIENTOS - E INSUMOS

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE LE REALIZO AL PACIENTE UNA ARTROCENTESIS EN LA RODILLA DERECHA EN SALA DE PROCEDIMIENTOS POR EL CUAL SE EVIDENCIA EN LOS INSUMOS UTILIZADOS LA AGUJA HIPODERMICA DE GRAN CALIBRE PARA EL DRENAJE A REALIZAR. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	733,100.00
VALOR GLOSADO :	181000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	181000.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO - 7 NOV 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20308210	**No.**	200967	**Siniestro**	90759828	**No. Factura**	FEC164564		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	03/09/2024	**Fecha aviso**	07/09/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024	
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	31/10/2024	**Póliza**	811906400	**Vigencia**	26/10/2023	**hast**	25/10/2024
Id tomador	1075322064	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1079184732	**Nombre**	DEIVI CARVAJAL CALDERON						
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 DOS 21102 FÉMUR Y PIERNA NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	271,200	180,800	90,400
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	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	95,500	0	95,500
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJAS HIPODÉRMICAS POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		900	200	700
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	44,600	0	44,600
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	95,500	0	95,500
1	37201	ARTROCENTESIS		100%	72,500	0	72,500

1001	**Cobrado**	**733,100**
1002	**Obj. Parcial**	**181,000**
1003	**Liquidado**	**552,100**

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 186033

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -186033 Fecha 03/09/2024

Nombre Paciente: CARVAJAL CALDERON DEIVI - 1079184732 Edad: 28 Sexo: M

Quien Realiza: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Sala: 12 SALA DE PROCEDIMIENTOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
6. S701-CONTUSION DEL MUSLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S834-ESGUINCE DE LA RODILLA DERECHA
3. M250-HEMARTROSIS POSTRAUMATICA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.16323	ARTROCENTESIS	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: BAJO ANLGESIA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILA DERCHA CON FRENAJE DE 120 ML DE SANGRE . SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO .

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.502
R.M. No. 12-02-82

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 3-Sep-2024 17:40:2

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: 2024.09.0 19:02

001 0 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 28 Años | | Fecha Egreso :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE | ESTRATO: | MUNICIPIO | DIRECCION | TELEFONO

1079184732 CARVAJAL CALDERON DEIVI | 1 NIVEL I | CAMPOALEGRE | CALLE 14 N 10-92 | 3504026881

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2024.09.03	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	GZM	1.00
2024.09.03	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	GZM	1.00
2024.09.03	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	GZM	1.00
2024.09.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	GZM	10.00
2024.09.03	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	GZM	30.00
2024.09.03	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	GZM	6.00
2024.09.03	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	GZM	1.00
2024.09.03	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	GZM	1.00
2024.09.03	LIF	AGUJA18	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	GZM	1.00

14

DIAN

Impreso el 8 de 02 de 2025 a las 08:22:12 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164564

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-03 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
eaa0daf998d49993bb2d08d74d68c5eaa9c3610a143e2e6f813
91a07038b61b77069e91330ab946cff2b20f4c7cf5011

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
733100

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-11-02 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
1b76747032a7813938de8c4347dbf941876f99fe56436d7d038a
b43f6c1aaf1647d2e7509675cdd8aabf24a2a6eb53b8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-03 03:37:07.000 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. FEC164564

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-03 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
eaa0daf998d49993bb2d08d74d68c5eaa9c3610a143e2e6f81391a07038b61b77069e91330ab946cff2b20f4c7cf5011

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
acee30fe2dbac172b24bf529f7680f5eb3beab44a688ee9fef0fa9ec7cca79d28a2a2673a70273aad00770bf4111c6dc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-03 03:59:39.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:
Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
dd003e1ff4b3b5faa65e47de0f1772ff7746aca399d7f36faa012eb6439785974433283a35a99b1a89e79f0487493617

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:27:44.000 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

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. FEC164564

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-03 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
eaa0daf998d49993bb2d08d74d68c5eaa9c3610a143e2e6f81391a07038b61b77069e91330ab946cff2b20f4c7cf5011

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
0b1af9f13b62641be2258d93e0185983638c1c559211e2ba05eb427cd38a2f26d878982e2df9cc91f9623dd5522c05b2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:27:55.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

FIN DE ESTE DOCUMENTO
El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los documentos o eventos.
FECHA: 2/8/2025 -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 ,2024.10.04	15:02:22	2024.11.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64635

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 183632

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.24 - 17:03	2024.07.24 - 17:12

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
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G 1i Interv 100%	24-Jul-2024	S55101					HJC	1	95,500	95,500
15114	DRENAJE DE HEMATOMA ART87	24-Jul-2024	841100	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	241,900	241,900
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.24	890302					HJC	1	71,500	71,500
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2024.07.24	S22103					HJC	1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	504,400	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	504,400

SON: QUINIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.10.04 03:03:24 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: 2024-12-[illegible] por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00055595 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: ee26bc07bc79c8be177a2dfd8e0c30bbcf3b91886e9a61393d5362d158a3e[illegible]fbb12903c7000b315956a8a6a81093e0d2

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit: 93.359.454 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. 0 Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
15 de Octubre del 2024
20308212

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 837 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2024.10.04	15:02:22	2024.11.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 64635

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 183632

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2024.07.24 - 17:03	2024.07.24 - 17:12

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
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G 1I Interv 100%	24-Jul-2024	S55101					HJC	1	95,500	95,500
15114	DRENAJE DE HEMATOMA ART87	24-Jul-2024	841100	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	241,900	241,900
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
011301	AGUJA HIPODER NO.26 X11/2								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19996775-01	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19933608-02	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024.07.24	890302					HJC	1	71,500	71,500
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2024.07.24	S22103					HJC	1	95,500	95,500

VALOR BRUTO:	504,400	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	504,400

SON: QUINIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2024.10.04 03:03:24 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: ee26bc07bc79c8be177a2dfd8c0c30bbcf3b91886e9a61393d5362d158a3c2fbb12993a7990b316956a8a6a81093e0d2

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:	64635
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 440,400
GLOSA ACEPTADA	$ 0
SALDO	$ 64,000
Brian Esmith Urbano Cruz	
.	

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- 64635

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
SERRANO	SOTO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
FLORDELY	

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[ ] 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: 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]

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: ALBA	2do.Apellido: DE CAMACHO
1er.Nombre: MARIA	2do.Nombre: ARGENIS

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] NIT [ ] CD [ ] PT [ ] PE [ ] SC [ ] DE [ ] TI — No. Documento: 26553192

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: CUELLAR	2do.Apellido: RICO
1er.Nombre: ROBINSON	2do.Nombre:

Tipo de Documento: [X] CC [ ] 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 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: 24/07/2024 a las 17:03

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: 24/07/2024 a las 17:12

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: JHOAN	2do.Apellido del Medico o Profesional tratante: ALBEIRO
1er.Nombre del Medico o Profesional tratante: BAZAN	2do.Nombre del Medico o Profesional tratante:

Tipo Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ] PE — No. Documento: 1061724214

Número de Registro de Medico: 1061724214

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

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	504400	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. 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:			

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2024.07.07 — HORA DE INGRESO: 01:31
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2024.07.24 — HORA DE EGRESO: 17:12
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
GLÁSGOW: 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>>

16

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:					

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

15

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:					

- 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.

14

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.

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

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

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:					

*** FECHA: 24.07.24-17:03:44 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 07/07/2024 CON TRAUMA DE MUSLO, RODILLA, PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO 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.

** 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: HEMATOMA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA IZZQUIERDA FLUNTUANTE
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE PROCEDIMIENTOS
SALA ESPECIAL
DRENAJE DE HEMATOMA ART87
EN SALA ESPECIAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA DRENAJE DE HEMATOMA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA EXTRAYENDO 10 CC DE LIQUIDO CEROHAMTICO SIN COMPLICACIONES
SE DEJA VENDAJE ELASTICO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

DRENAJE DE HEMATOMA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA IZQUIERDA
REALIZAR AHORA

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:					

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

*** FECHA: 24.07.24-17:10:03 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 12 - SALA DE PROCEDIMIENTOS
HORA INICIAL/FINAL: 16:50 / 17:10 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES VIA: QUIEN REALIZA: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
DRENAJE DE HEMATOMA ART87 VIA: 1 QUIEN REALIZA: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA ESPECIAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA DRENAJE DE HEMATOMA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA EXTRAYENDO 10 CC DE LIQUIDO CEROHAMTICO.
SIN COMPLICACIONES.
SE DEJA VENDAJE ELASTICO.

*** FECHA: 24.07.24-17:12:04 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
PLAN
DRENAJE DE HEMATOMA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA IZQUIERDA
CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2024.07.24-17:12:04 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. 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: T810 - HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO, NO
RELACIONADO 1: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
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

DR@. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
REG. MED: 244

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 183632

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -183632 **Fecha** 24/07/2024

Nombre Paciente: SERRANO SOTO FLORDELY - 26422458 **Edad:** 43 **Sexo:** F

Quien Realiza: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ **Sala:** 12 SALA DE PROCEDIMIENTOS

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
SO1.39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	HJC	-
SO1.15114	DRENAJE DE HEMATOMA ART87	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA ESPECIAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA DRENAJE DE HEMATOMA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA EXTRAYENDO 10 CC DE LIQUIDO CEROHAMTICO.
SIN COMPLICACIONES.
SE DEJA VENDAJE ELASTICO.

Dr. HECTOR J. CUERVO RAMIREZ Ortopedia y Traumatología RM. 27158 C.C. 79.148.389

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

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		

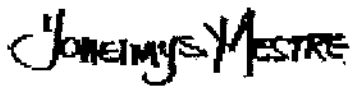
Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	ORTOPEDIA Y TRAUMATO...	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

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 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

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 acepta la Remisión)

X

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrado por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
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: (DM0000215R1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0001096) TAPON HEPARENIZADO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02BD0267011) DIPIRONA SOL INY 2.5 GRAMOS *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) 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:	07/07/2024 01:33:36	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	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:	09/12/2024 09:26:50	**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**,

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10025191302

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
TDY034	VOLKSWAGEN	CRAFTER 50	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.461	BLANCO ROJO AMARILLO VERDE	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MICROBUS	CERRADA	DIESEL	19

NÚMERO DEL MOTOR	REG	VIN
BJ34035896	S	WV1ZZZ2EZC6010129

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
*****	N	WV1ZZZ2EZC6010129	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES — IDENTIFICACIÓN
ALBA DE CAMACHO MARIA ARGENIS — C.C.26553192

RESTRICCIÓN MOVILIDAD: *****
CILINDRAJE: *****
POTENCIA HP: 161

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 19201200000948
DE: 1
FECHA IMPORT.: 02/02/2012
PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: *****

FECHA MATRICULA: 28/06/2012
FECHA EXP. LIC. TTO.: 02/02/2022
FECHA VENCIMIENTO: *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO: ITBQY - DIST TTO NO NCOMBITA

LT 09000018402

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 79.248.161
CUELLAR RICO
APELLIDOS
ROBINSON
NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1970
PITALITO (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
14-ABR-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 79248161
APELLIDOS
ROBINSON CUELLAR RICO
NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO
22-12-1970
G.S. RH
O+
FIRMA DEL LICENCIADO
CONDUCIR CON LENTES
AUTORIDAD QUE EXPIDIÓ
DIST TTO PTE DE PITALITO - INTRAPITALITO

CATEGORÍAS AUTORIZADAS

CATEGORÍA	CLASE DE VEHÍCULO	RESTRICCIONES
B2	AUTOMÓVIL, CAMIONETA, CAMPERO, MICROBUS, BUSETA Y BUS	
C2	AUTOMÓVIL, CAMIONETA, CAMPERO, MICROBUS, BUSETA Y BUS	

ESTA LICENCIA SE VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LCO70D1909221

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
TARJETA DE OPERACIÓN
No. 299750

No. DE PLACA	MARCA	AÑO MODELO	LÍNEA
TDY034	VOLKSWAGEN	2012	CRAFTER 50

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO DE CARROCERÍA	COMBUSTIBLE
MICROBUS	CERRADA	DIESEL

MODALIDAD DE SERVICIO	CAPACIDAD TRANSPORTE	CARGA
POR CARRETERA	ASIENTOS 19	XXXXX

RADIO DE ACCIÓN	NIVEL DE SERVICIO
NACIONAL	CORRIENTE

RAZÓN SOCIAL EMPRESA: COOPERATIVA LABOYANA DE TRANSPORTADORES LTDA
NIT: 891101282
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: SALIDA TIMANA
CIUDAD / MUNICIPIO: PITALITO

FECHA DE EXPEDICIÓN	DESDE	HASTA
28-03-2022	14-04-2022	14-04-2024

ENTIDAD QUE EXPIDE: DIRECCION TERRITORIAL HUILA
FIRMA DEL FUNCIONARIO

TO02000255756

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 14/11/2024

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-FEC1-64635 fechada el dia 24.10.04 cuyo paciente es SERRANO SOTO FLORDELY

HISTORIA No. 26422458

GLOSA No: ZGL-1-48991 **SINIESTRO:** 64635

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-15114- DRENAJE DE HEMATOMA ART87

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	64000.00	

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	64000.00	

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 EL CODIGO 15101 CORRESPONDE AL GRUPO DE PROCEDIMIENTOS QUE REALIZA EL ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA SOBRE LESIONES DE LA PIEL ES DECIR SOBRE Y CAPA SUBCUTANEA, COMO SE EVIDENCIA EN LA EPICRISIS Y LA DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO Y QUES ES REALIZADO POR EL ORTOPEDISTA EN EL TERCIO PROXIMAL DE LA PIERNA DERECHA DONDE DRENO HEMATOMA DE 10CC DE LIQUIDO, MOTIVO POR EL CUAL NO HAY COMO HOMOLOGAR DICHO PROCEDIMIENTO COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA (15101) TODA VEZ QUE NOSE TRATA DE UN ACCESO POFUNDO O PARTE PARTE BLANDA POR LO QUE NUESTRA INSTITUCION CREÓ ESTE CODIGO SEGÚN EL ARTICULO 87 QUE NOS DA LA POTESTAD PARA REALIZARLO. ADEMAS FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Recibido!
18 de Noviembre del 2024
20313561
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: 14/11/2024

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-FEC1-64635 fechada el dia 24.10.04 cuyo paciente es SERRANO SOTO FLORDELY

HISTORIA No. 26422458

GLOSA No: ZGL-1-48991 **SINIESTRO:** 64635

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-15114- DRENAJE DE HEMATOMA ART87

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	64000.00	

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

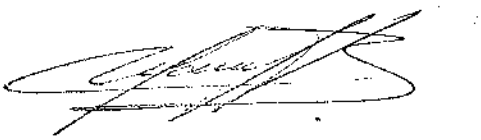
- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	64000.00	

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 EL CODIGO 15101 CORRESPONDE AL GRUPO DE PROCEDIMIENTOS QUE REALIZA EL ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA SOBRE LESIONES DE LA PIEL ES DECIR SOBRE Y CAPA SUBCUTANEA, COMO SE EVIDENCIA EN LA EPICRISIS Y LA DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO Y QUES ES REALIZADO POR EL ORTOPEDISTA EN EL TERCIO PROXIMAL DE LA PIERNA DERECHA DONDE DRENO HEMATOMA DE 10CC DE LIQUIDO, MOTIVO POR EL CUAL NO HAY COMO HOMOLOGAR DICHO PROCEDIMIENTO COMO LO OBJETAN EN LA GLOSA (15101) TODA VEZ QUE NOSE TRATA DE UN ACCESO POFUNDO O PARTE PARTE BLANDA POR LO QUE NUESTRA INSTITUCION CREÓ ESTE CODIGO SEGÚN EL ARTICULO 87 QUE NOS DA LA POTESTAD PARA REALIZARLO. ADEMAS FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. POR CONSIGUIENTE, 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:	504,400.00
VALOR GLOSADO :	64000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	64000.00
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.	20308212	**No.**	197920	**Siniestro**	90751264	**No. Factura**	FEC164635
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	06/07/2024	**Fecha aviso**	09/07/2024	**Fecha recepción**	15/10/2024
Fecha formalización	15/10/2024	**Fecha liquidación**	31/10/2024	**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	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	77710	OTROS	NO SE RECONOCE UN 15114 DE ACUERDO CON SOPORTES SE RECONOCE UN 15101	100%	241,900	64,000	177,900
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	71,500	0	71,500
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	95,500	0	95,500

1001	**Cobrado**	**504,400**
1002	**Obj. Parcial**	**64,000**
1003	**Liquidado**	**440,400**

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 8 de 02 de 2025 a las 08:22:42 AM
Página: 1

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC164635

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ee26bc07bc79c8be177a2dfd8e0c30bbcf3b91886e9a61393d5362d158a3e2fbb12993a7990b316956a8a6a81093e0d2

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
504400

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-11-03 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
ecfc208f5a7d256bfdeac7977b66f7badf5ae4dd9d9b5dcc47340ef87ec3714be4449318a7c828c419a51fe973cdcb4f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-04 03:03:24.000 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. FEC164635

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ee26bc07bc79c8be177a2dfd8e0c30bbcf3b91886e9a61393d5362d158a3e2fbb12993a7990b316956a8a6a81093e0d2

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
213a99d0d37c931beb118e3ca0185b528280e047f53fb46b1629158bab52732f5b6ad0b8e8a7dc3333ff6fabd58156d4

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-04 03:22:30.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
429944601db4d67cf8322e89c1ab4bfc25fd47bda415c31399b1860e607547f2bb3746fb8f96574d8d8d5540717b4fbf

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:27:22.000 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

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. FEC164635

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2024-10-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ee26bc07bc79c8be177a2dfd8e0c30bbcf3b91886e9a61393d5362d158a3e2fbb12993a7990b316956a8a6a81093e0d2

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
91fbf8f4539512b13b03918dd1acba39046f223fe7abd8a6227ca0aedcce4dff4210ae003b162ae8d4ae81ebef35bac7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2024-10-27 10:27:33.000 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: 2/8/2025 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 62546-64635
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	((1+TasaEfectiva)^(Períodos/DíasPeríodo))-1

DISTRIBUCION ABONOS

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	19.692,00	19.692,00	0,00	19.692,00	0,00	0,00	19.692,00	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	1	27,90	2.813.600,00	2.833.292,00	1.910,81	2.835.202,81	0,00	1.910,81	2.835.202,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	1.434.758,00	4.268.050,00	0,00	4.268.050,00	0,00	1.910,81	4.269.960,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	122.400,00	4.390.450,00	0,00	4.390.450,00	0,00	1.910,81	4.392.360,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	1.665.700,00	6.056.150,00	0,00	6.056.150,00	0,00	1.910,81	6.058.060,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	1.587.058,00	7.643.208,00	0,00	7.643.208,00	0,00	1.910,81	7.645.118,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	240.184,00	7.883.392,00	0,00	7.883.392,00	0,00	1.910,81	7.885.302,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	122.400,00	8.005.792,00	0,00	8.005.792,00	0,00	1.910,81	8.007.702,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	158.400,00	8.164.192,00	0,00	8.164.192,00	0,00	1.910,81	8.166.102,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	1.418.892,00	9.583.084,00	0,00	9.583.084,00	0,00	1.910,81	9.584.994,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	795.292,00	10.378.376,00	0,00	10.378.376,00	0,00	1.910,81	10.380.286,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-08	2024-11-08	0	27,90	1.148.739,00	11.527.115,00	0,00	11.527.115,00	0,00	1.910,81	11.529.025,81	0,00	0,00	0,00
2024-11-09	2024-11-15	7	27,90	0,00	11.527.115,00	54.418,42	11.581.533,42	0,00	56.329,23	11.583.444,23	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	212.530,00	11.739.645,00	0,00	11.739.645,00	0,00	56.329,23	11.795.974,23	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	1	27,90	1.459.400,00	13.199.045,00	8.901,63	13.207.946,63	0,00	65.230,87	13.264.275,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	122.400,00	13.321.445,00	0,00	13.321.445,00	0,00	65.230,87	13.386.675,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	2.473.084,00	15.794.529,00	0,00	15.794.529,00	0,00	65.230,87	15.859.759,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	122.400,00	15.916.929,00	0,00	15.916.929,00	0,00	65.230,87	15.982.159,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	80.000,00	15.996.929,00	0,00	15.996.929,00	0,00	65.230,87	16.062.159,87	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 62546-64635
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	((1+TasaEfectiva)^(Períodos/DíasPeríodo))-1

DISTRIBUCION ABONOS

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	975.300,00	16.972.229,00	0,00	16.972.229,00	0,00	65.230,87	17.037.459,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	28.800,00	17.001.029,00	0,00	17.001.029,00	0,00	65.230,87	17.066.259,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	95.892,00	17.096.921,00	0,00	17.096.921,00	0,00	65.230,87	17.162.151,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	1.031.857,00	18.128.778,00	0,00	18.128.778,00	0,00	65.230,87	18.194.008,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	2.178.200,00	20.306.978,00	0,00	20.306.978,00	0,00	65.230,87	20.372.208,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	10.300,00	20.317.278,00	0,00	20.317.278,00	0,00	65.230,87	20.382.508,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	169.792,00	20.487.070,00	0,00	20.487.070,00	0,00	65.230,87	20.552.300,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	67.900,00	20.554.970,00	0,00	20.554.970,00	0,00	65.230,87	20.620.200,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	181.000,00	20.735.970,00	0,00	20.735.970,00	0,00	65.230,87	20.801.200,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	239.430,00	20.975.400,00	0,00	20.975.400,00	0,00	65.230,87	21.040.630,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-16	2024-11-16	0	27,90	64.000,00	21.039.400,00	0,00	21.039.400,00	0,00	65.230,87	21.104.630,87	0,00	0,00	0,00
2024-11-17	2024-11-30	14	27,90	0,00	21.039.400,00	198.650,03	21.238.050,03	0,00	263.880,90	21.303.280,90	0,00	0,00	0,00
2024-12-01	2024-12-31	31	26,39	0,00	21.039.400,00	418.561,29	21.457.961,29	0,00	682.442,19	21.721.842,19	0,00	0,00	0,00
2025-01-01	2025-01-31	31	24,89	0,00	21.039.400,00	397.213,18	21.436.613,18	0,00	1.079.655,37	22.119.055,37	0,00	0,00	0,00
2025-02-01	2025-02-28	28	26,30	0,00	21.039.400,00	376.904,88	21.416.304,88	0,00	1.456.560,25	22.495.960,25	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	FACTURAS 62546-64635
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	((1+TasaEfectiva)^(Períodos/DíasPeríodo))-1

RESUMEN LIQUIDACION

VALOR CAPITAL	$21.039.400,00
SALDO INTERESES	$1.456.560,25

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	**$22.495.960,25**

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

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.

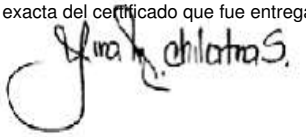
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

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 dias 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

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

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

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.

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 días 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 dias 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 días 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 2021 del Libro XIII
D.C.
E. P. No. 1011 del 25 de mayo de 00032217 del 9 de junio de
2022 de la Notaría 10 de Bogotá 2022 del Libro XIII
D.C.

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.
****
****
****
****
****

Cámara de Comercio de Bogotá

Sede Virtual

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.

---

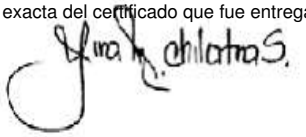
expedición.

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 *****